



Universidade Católica Portuguesa

**O CUIDAR DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DE
LONGA DURAÇÃO**

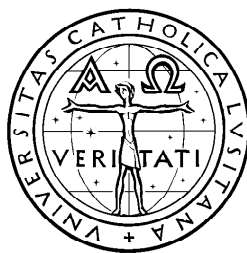
Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção
do grau de doutor em Enfermagem

Por

Eugénia Nunes Grilo

Instituto de Ciências da Saúde

Setembro, 2014



Universidade Católica Portuguesa

**O CUIDAR DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DE
LONGA DURAÇÃO**

Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Por: Eugénia Nunes Grilo

Sob a orientação da Professora Doutora Felismina Rosa Mendes

Instituto de Ciências da Saúde

Setembro, 2014

Ser à maneira humana é *cuidar*, em todas as suas formas: atender ao que se dá e assistir, solidário, a outrem, e experimentar, inquieto, o próprio correr palpitante ao encontro do porvir, forjado no que já de antemão somos e nos é habitual, mas também na inteligente e sensível escuta do que, ainda oculto, chegará a mostrar-se no fazer humano.

Borges-Duarte, 2010, p. 120

Agradecimentos

O meu primeiro agradecimento, como não podia deixar de ser, vai para os participantes do estudo, os enfermeiros, meus colegas de profissão, por quem nutro um carinho muito especial e os utentes, razão de ser da profissão e dos cuidados de enfermagem, por terem partilhado comigo preocupações, sentimentos e gratificações. Para ambos o meu mais sincero bem hajam.

O segundo, mas igualmente importante, vai para a minha orientadora, Professora Felismina Mendes que sem me conhecer teve a coragem de confiar e porque não de cuidar, para que o projeto na altura apenas estruturado mentalmente pudesse ser concretizado.

Não posso deixar de referir neste espaço toda a gratidão que sinto pela minha família desde as mais novas (as minhas filhas), aos mais velhos, (mãe e sogros), passando pelo apoio incondicional do Diamantino, meu marido, parceiro, de quase 30 anos, por todo o tempo em que prescindi de lhes dar alguma atenção mais calorosa para a dedicar à consecução deste trabalho.

E, finalmente, agradeço aos colegas da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias e às funcionárias da biblioteca e a todos os funcionários da minha escola e aos meus amigos que colaboraram com pequenas “coisas”, mas, ainda assim, igualmente importantes.

A todos o meu sincero Bem Hajam

Resumo

Cuidar significa olhar para além da doença, do sofrimento, reconhecendo cada pessoa no seu todo e no confronto com aquilo que a faz sofrer. É por esta razão que a prática de cuidados de enfermagem exige conhecimentos e habilidades aprendidas e algum grau de entrega, particularmente importante, em cuidados de longa duração.

Com a finalidade de obter um conhecimento profundo, que permita caracterizar o cuidar de enfermagem em Cuidados de Longa Duração, foi desenhado um Estudo de Caso, enquanto pesquisa empírica que investiga o fenómeno no seu ambiente natural, quando as fronteiras entre o ambiente e o contexto não são bem definidas, de modo a compreender as particularidades das práticas de cuidados de enfermagem à pessoa idosa, a entender as dimensões da relação de cuidar percebidas pelos enfermeiros e pelos idosos e a analisar constrangimentos e gratificações resultantes da interação entre ambos nestes contextos. O estudo integrou 65 enfermeiros e 113 idosos cuidados em vários equipamentos de cuidados de longa duração do distrito de Castelo Branco. A informação foi obtida através do Inventário de Comportamentos de Cuidar e de entrevistas semi estruturadas e recorreu-se à triangulação de fontes e de dados e triangulação com a teoria privilegiando uma metodologia indutiva.

A análise realizada e interpretação obtida permitiu concluir que, por parte dos enfermeiros, existe um grande investimento na relação de cuidar e que esta é, efetivamente, uma relação de ajuda. É mediada pela intencionalidade dos gestos e das ações face às características das pessoas a quem se destinam, é deliberada e com ela os enfermeiros visam atingir o bem estar da pessoa cuidada. Estas atitudes são percebidas pelos utentes de modo idêntico, revelado tanto pelo seu grau de concordância com os comportamentos dos enfermeiros como pela convergência entre as opiniões sobre o cuidar e os cuidados prestados aos idosos nestes contextos e as perceções dos cuidados recebidos. Do conhecimento dos contextos, salientou-se o elemento tempo que surgiu como facilitador das interações e dos resultados das mesmas em alguns contextos, mas, na maioria, a sua ausência foi o elemento de maior constrangimento.

Palavras Chave: idosos, cuidar de enfermagem, cuidados de longa duração, estudo de caso.

Abstract

Take care means looking behind the illness and the suffering and recognize each person as a whole and in confrontation with what makes her suffer. It is for this reason that the practice of nursing requires knowledge and learned abilities and a certain degree of commitment particularly in long term care.

With the purpose of obtaining a deep knowledge that permits to characterize the nursing care in long term care, was designed a case study, as an empirical research that investigates the phenomenon in its natural environment, when the frontiers between the environment and the context are not well defined, in order to understand the particularities of the nursing care practices to elderly person, understand the dimensions of caring relationships understood by the nurses and the elderly and analyse constraints and gratifications as a result of the interaction between both in this contexts. The study integrated 65 nurses and 113 elderly who receiving care in several long term care equipments from Castelo Branco district. The information was obtained through the Caring Behaviours Inventory and semi-structured interviews and resort by the triangulation of sources and data and triangulation with the theory privileging an inductive methodology.

The analysis and interpretation obtained allowed us to conclude that, by nurses, there is a large investment in care relation and that, this is effectively a helping relationship. It is mediated by the intentionality of gestures and actions against the characteristics of people who are destined, it is deliberate and nurses aim to achieve the welfare of the person cared for. This attitudes are perceived by the users in an identical way, both revealed by their degree of agreement with nurses behaviours as, by the convergence between the opinions about caring and the cares provided to the elderly in these contexts and the perceptions of the care received.

From the knowledge of the contexts was underlined the element time which appeared as interaction facilitator and from its results in some contexts, but in most of cases its absence was the more constraint element.

Key words: elderly, nursing care, long term care, case study.

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS	XV
ÍNDICE DE TABELAS	XVII
ÍNDICE DE FIGURAS	XVII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XVII
SIGLAS	XIX
INTRODUÇÃO	21
1. CUIDAR E CUIDADOS DE ENFERMAGEM	27
1.1. A ÉTICA DO CUIDAR E O LUGAR DO CUIDADO	28
1.2. O CUIDAR NA DISCIPLINA DE ENFERMAGEM	34
1.2.1. <i>Práticas de cuidados e cuidados centrados na pessoa</i>	43
2. CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO NUMA EUROPA ENVELHECIDA	47
2.1. DO CONCEITO AOS SERVIÇOS	48
2.2. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO, ENVELHECIMENTO HUMANO E DEPENDÊNCIA	53
2.2.1. <i>Provisão de cuidados e responsabilidades</i>	60
2.2.2. <i>A qualidade nos cuidados de longa duração</i>	65
3. DESENHO DO ESTUDO E MÉTODOS	75
3.1. SUJEITOS E CONTEXTOS	77
3.2. RECOLHA DA INFORMAÇÃO	78
3.3. TRATAMENTO DE DADOS	83
3.4. QUESTÕES ÉTICAS	84
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	87
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS	87
4.2. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	89
Os ENFERMEIROS	89
Os UTENTES	90
4.3. O CUIDAR PRESTADO E RECEBIDO: DADOS QUANTITATIVOS	92
4.3.1. <i>Comportamentos de cuidar expressos pelos enfermeiros</i>	92
4.3.2. <i>Comportamentos de cuidar percebidos pelos utentes</i>	95
4.3.3. <i>O Cuidar prestado e recebido: Síntese dos dados quantitativos</i>	98
4.4. A RELAÇÃO DE CUIDAR NOS LTC- INFORMAÇÃO QUALITATIVA	102
4.4.1 <i>Opiniões dos Enfermeiros</i>	104
4.4.2 <i>Percepções dos utentes</i>	117
5. TRIANGULAÇÃO E DISCUSSÃO DO CASO	129

5.1 O PROCESSO DE CUIDAR	129
5.2 AS ESTRUTURAS ONDE OCORREU O CUIDAR	133
5.3 RESULTADOS DO CUIDAR	138
CONCLUSÃO E SUGESTÕES.....	143
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	151
ANEXOS.....	167
AUTORIZAÇÕES E PARECERES DAS INSTITUIÇÕES.....	169
INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS DE CUIDAR	181
GUIÕES DAS ENTREVISTAS	189
CONSENTIMENTO/DECLARAÇÃO.....	193
GRELHAS DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....	197

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Alterações Relacionadas com o Processo de Envelhecimento e Doença Crónica	56
Quadro 2: Breve caracterização dos contextos de LTC no distrito de Castelo Branco estudados	88
Quadro 3: Experiência profissional dos Enfermeiros que participaram no estudo	90
Quadro 4: Distribuição do tempo de escolaridade por sexo dos utentes que participaram no estudo.....	92
Quadro 5: Estatística descritiva das dimensões de cuidar expressadas pelos enfermeiros	93
Quadro 6: Análise factorial do indicador investimento ético.....	93
Quadro 7: Análise factorial do indicador Investimento compreensivo	94
Quadro 8: Análise factorial do indicador Investimento técnico.....	94
Quadro 9: Análise factorial do indicador investimento comunicacional	94
Quadro 10: Análise factorial da dimensão disposição e atenção positiva	95
Quadro 11: Estatística descritiva das dimensões de cuidar percebidas pelos utentes	95
Quadro 12: Análise factorial do indicador investimento comunicacional	96
Quadro 13: Análise factorial do indicador investimento compreensivo e técnico	96
Quadro 14: Análise factorial do indicador investimento ético.....	97
Quadro 15: Análise factorial do indicador disposição e atenção positiva	97
Quadro 16: Distribuição das entrevistas dos utentes e dos enfermeiros pelos contextos de cuidados.....	102
Quadro 17: Tipologias do cuidar por semelhança (Guerra, 2010). Opiniões dos enfermeiros	103
Quadro 18: Tipologias do cuidar por semelhança (Guerra, 2010). Perceções dos utentes	104

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Lista dos principais indicadores de qualidade dos cuidados dispensados às pessoas idosas e respetivos domínios.....	70
Tabela 2: Horas de cuidados esperados e horas de cuidados dispensados	89

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Estrutura de cuidar (conteúdo adaptado) de Swanson (1993)	41
Figura 2: Organização dos serviços e níveis de cuidados nos LTC em Portugal	53
Figura 3: Desenho de Investigação	76
Figura 4: Estrutura do Cuidar de Enfermagem nos Cuidados de Longa Duração a partir da perspectiva de quem o presta e de quem o recebe e de quem presta.....	142

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição dos enfermeiros que participaram no estudo por sexo e por idade	89
Gráfico 2: Contexto da prática de cuidados dos enfermeiros que participaram no estudo	90
Gráfico 3: Distribuição dos utentes que participaram no estudo por sexo e idade	91
Gráfico 4: Distribuição dos utentes segundo o contexto onde recebem cuidados	91

SIGLAS

ADLs - *Activities of daily living*

ADN - Ácido desoxirribonucleico

AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária

ANCIEN - *Assessing Needs of Care in Europe Nation*

AVD - Atividades da Vida Diária

CBI - Caring Behaviors Inventory

CE - Commission Européenne

CIF - Classificação Internacional da Funcionalidade

CLD - Cuidados de Longa Duração

DGS - Direção Geral da Saúde

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ENEPRI - *European Network of Economic Policy Research Institutes*

IADLs - *Instrumental activities of daily living*

ICC - Inventário de Comportamentos de Cuidar

ICN - International Council of Nurses

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPQ - Instituto Português da Qualidade

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

LTC - Long Term Care

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development

OMS - Organização Mundial de Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

PPM - Modelo de Prática Profissional

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

UCC - Unidades de Cuidados na Comunidade

ULDM - Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMCCI - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação

USA - United States of America

WHO - World Health Organization

SHARE - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe

INTRODUÇÃO

A capacidade das sociedades para prestarem cuidados de longa duração de qualidade a todas as pessoas que deles necessitem, deve ser protegida e preservada, ainda que se reconheça, que à medida que as populações envelhecem, os desafios financeiros e logísticos para cumprir este desejo em relação aos idosos, podem não ser fáceis de ultrapassar (Comissão Europeia, 2008).

Os cuidados de longa duração (CLD) ou *Long Term Care* (LTC)¹ representam um grupo diversificado de cuidados de saúde e de apoio social, de natureza formal e informal, dispensados a pessoas com graus de dependência variados, sobretudo idosos. Para a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2005), os cuidados de longa duração representam uma questão política e transversal que engloba um conjunto significativo de serviços e de ajuda destinados àqueles que dependem de outros nas atividades básicas da vida diária (Simoens, Villeneuve & Hurst, 2005) e incluem o conjunto das atividades dispensadas a pessoas que não têm capacidade para o autocuidado a longo prazo, prestadas por cuidadores informais e formais, que incluem profissionais de saúde, sociais e outros (WHO, 2002).

Esta tipologia de assistência ou de cuidados tem estado separada dos cuidados preventivos, da gestão de doenças crónicas e da reabilitação. Mas a necessidade de ser repensada a lógica desta divisão começa a ser comum e crescente (Kümpers et al., 2010), pelo reconhecimento da sua importância na saúde e bem-estar dos mais velhos, confirmada também pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que alerta para a necessidade de ser garantido o seu acesso a todas as pessoas que deles necessitem (WHO, 2002).

Os sistemas de cuidados formais, destinados aos mais idosos e frágeis, desenvolveram-se nas últimas décadas nos diferentes países, para responder às suas necessidades, quando estes se tornam impossibilitados de o fazer de forma independente e as famílias se tornaram incapazes de fornecer o apoio necessário e

¹ Como a maior parte das referências sobre os cuidados de longa duração usam o termo *Long term care* (LTC), foi também este que adotamos para o nosso trabalho.

mantê-los nas suas casas. Este tipo de respostas sociais e de saúde na União Europeia é tutelada pelo Comité de Proteção Social e é designada de cuidados de longa duração ou de *long-term care* (Nogueira, 2009).

As definições relativas e esta tipologia de cuidados não são uniformes na União Europeia e a variação reflete sobretudo as diferenças, relativamente à duração dos cuidados, ao leque de beneficiários e à divisão pouco nítida entre os serviços clínicos, cuidados de saúde e os serviços não clínicos, ou de apoio social disponíveis (Comissão Europeia, 2008).

Em Portugal, os LTC estão organizados em dois tipos de respostas distintas, embora articuladas: as de âmbito social, nas quais se incluem os centros de dia, residências para idosos ou lares entre outros e os recursos de cuidados de saúde que incluem, apesar de não se limitarem a estas, as unidades de internamento de curta, média e longa duração, e unidades de cuidados na comunidade, numa lógica de continuidade e de assistência, que fazem parte da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que não se destinam apenas a pessoas idosas, ainda que sejam estas os utilizadores principais.

A RNCCI é a resposta público-privada mais recente no âmbito do apoio às pessoas em situação de dependência no nosso país (Nogueira, 2009) e da tipologia das respostas de cuidados da RNCCI fazem também parte os cuidados domiciliários que surgem cada vez mais, como uma opção promissora nas prestações de cuidados de saúde e sociais para muitas pessoas, sobretudo associados aos cuidados especiais que as pessoas com idade avançada e doenças crónicas exigem.

À semelhança dos cuidados de longa duração, também o conceito de cuidados domiciliários é entendido e praticado de maneira diferente na região europeia e este mosaico de realidades, por si só, já se constitui como um desafio para a investigação, no sentido de contribuir com evidência que ajude a tornar sustentável este tipo de assistência, tanto para as pessoas idosas como para as suas famílias (Baris, 2008).

Decorrente das necessidades múltiplas de quem recebe cuidados, o conceito de cuidados integrados é também um componente essencial na reforma dos cuidados de saúde e sociais na Europa e foi desenvolvido com o objetivo de fechar a divisão tradicional entre os cuidados de saúde e os de assistência social. Representa um conjunto coerente de métodos e modelos de organização, financiamento e níveis

clínicos de prestação de cuidados, pensados para articular a assistência e a colaboração entre o tratar e o cuidar (Lloyd & Wait, 2005).

Independentemente do local onde se encontrem, instituições, comunidade ou domicílio, os idosos representam um número muito significativo de pessoas que recebem cuidados de enfermagem. Nos Estados Unidos, 8% dos enfermeiros desenvolvem as suas práticas em ambientes associados ao fornecimento de cuidados aos idosos, prevendo-se o aumento para 10% até 2020 e, no atendimento domiciliar, é igualmente previsível um aumento dos atuais 6,5% para 9% no mesmo período (Simoens, Villeneuve & Hurst, 2005), não só pelo próprio aumento dos indivíduos idosos como também pela prevalência de doenças de evolução prolongada que exigem respostas, determinadas pelas necessidades específicas das pessoas.

Os cuidados de enfermagem, ou apenas “o cuidar de enfermagem”, enquanto prática que “se constrói sobre a interação enfermeiro-cliente com a intenção de contribuir para o seu bem-estar e ou diminuir o seu sofrimento” (Basto, 2009, p.12), refere-se à intervenção profissional dos enfermeiros/as junto dos utentes, doentes ou não e a complexidade dos processos de saúde/doença, que impõem um trabalho de multidisciplinaridade, fazem com que estes cuidados sejam considerados cuidados de saúde (Basto, 2009).

Do “cuidar de enfermagem” ou “terapêutica de enfermagem”, faz também parte um processo de decisão que tem como finalidade melhorar a saúde das pessoas e contribuir para o seu bem-estar. As ações desenvolvidas, apesar de serem coletivas, porque “desempenhadas por grupos de enfermeiros/as” que “seguem normas sociais escritas ou não, que as caracteriza”, são sempre respostas humanas que dependem de interações entre “a pessoa enfermeiro”, a “pessoa utente” e o ambiente (Basto, 2005, p.27) e porque englobam “a totalidade das intervenções que os enfermeiros dirigem aos clientes e às famílias”, bem como “à interface destes com a organização e com outros profissionais” (Lopes, 2006, p.280) são sempre ações complexas.

Relativamente às pessoas idosas, é nossa convicção, que o processo de cuidados, ou seja, o modo como os enfermeiros/as implementam e mobilizam o conjunto dos raciocínios, saberes e estratégias que conduzem à ação de cuidar (Amendoeira, 2004) é para além de complexo, singular, porque os idosos transportam consigo vulnerabilidade e dependência e determinam estratégias de intervenção

profissional que tanto se podem centrar na monotonia e na repetição ou esconder saberes (Costa, 2005) que não são totalmente conhecidos, como é o caso particular dos cuidados de longa duração. A OMS tem alertado para especificidade destes cuidados e para o facto de, nestes contextos, serem exigidos um conjunto conhecimentos e de habilidades necessárias a todos os profissionais que transcendem as fronteiras das disciplinas específicas (Dubois, Singh, & Jiwani, 2008) e que não estão suficientemente estudados.

A preocupação com as pessoas mais idosas e frágeis e a convicção da importância do cuidar de enfermagem na manutenção da sua saúde e bem-estar levaram-nos a interrogar sobre o que fazem os enfermeiros nos cuidados de longa duração, como o fazem e porque o fazem e como é que essas acções e comportamentos são percebidos pelas pessoas idosas, pelos seus próximos e pelos próprios enfermeiros, interrogações que formulámos na seguinte questão:

Como se expressa e define o cuidar de enfermagem nos cuidados de longa duração?

Partindo da convicção de que o cuidar é a essência da disciplina e que os comportamentos de cuidar são baseados no conhecimento, são aprendidos, desenvolvidos, podemos afirmar que estes podem qualificados e quantificados e que os cuidados de longa duração apresentam especificidades. Assim, definimos como objetivos:

- compreender as particularidades das práticas de cuidar de enfermagem à pessoa idosa nestes contextos;
- compreender as dimensões da relação de cuidar percebidas pelos enfermeiros e pelas pessoas idosas;
- analisar os constrangimentos e gratificações resultantes da interação entre os enfermeiros e a pessoa idosa no contexto dos cuidados de longa duração.

Sendo a finalidade maior desta pesquisa a obtenção de conhecimento que permita caracterizar o cuidado de enfermagem nos cuidados de longa duração, pensamos, ainda, poder com a mesma dar contributos para que as necessidades de cuidados a este grupo específico sejam satisfeitas com mais qualidade e contribuir com evidência para reconhecimento do valor dos cuidados de enfermagem às pessoas idosas.

Face ao objeto de estudo e aos objetivos, adotamos uma conceção exploratória e interpretativa própria das metodologias compreensivas (Carvalho, 2009), por não se limitar a estabelecer os factos, mas interpretar, também, o sentido das intenções e das ações. O estudo de caso, foi a opção escolhida, por permitir estudar em profundidade um grupo, no sentido de verificar a constância ou repetição do mesmo fenómeno (Carvalho, 2009). Do plano de investigação fez parte o estudo intensivo e detalhado de uma entidade bem definida, os “Cuidados de Longa Duração” no qual foram usadas várias fontes de recolha da informação. Este tipo de investigação empírica, segundo Yin (2001, p.32) “investiga um fenómeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto não estão claramente definidos no sentido de obter compreensão sobre a sua unicidade e reconhecer e fundamentar novos significados e, ao fazê-lo, estabelecer novas ligações ou maneiras de as tornar mais compreensíveis (Stake, 2009).

As metodologias compreensivas têm ganhado importância crescente, porque na disciplina de enfermagem, tal como noutras, reconhece-se a mútua dependência entre os sistemas e os atores que deverão ser analisados na situação social que corresponda à maioria das suas características (Touraine, 2005), opinião partilhada por teóricos e investigadores de enfermagem como Watson (2009); McCormack et al., (2010) e Swanson (2013). Segundo estes investigadores, os ambientes onde existe uma cultura de cuidado proporcionam mais saúde e bem-estar aos utentes e contribuem para maior satisfação profissional e para a permanência dos enfermeiros nos contextos de cuidados.

A partir das premissas descritas, tornou-se necessário revisitar os conceitos estruturantes da pesquisa, o que concretizamos nos dois primeiros capítulos do trabalho, inteiramente dedicados ao enquadramento conceptual: no primeiro descrevemos o cuidar e os cuidados de enfermagem a partir da compreensão ética do cuidar e do lugar do cuidado enquanto ideia filosófica e conceito abstrato. Previliagiámos a perspetiva de Mayeroff que completamos com a de outros pensadores. O cuidar na disciplina de enfermagem foi descrito a partir da perspetiva histórica, porque apenas esta, como refere Campenhoudt (2003), permite captar a totalidade dos fenómenos sociais. Deste modo percorremos algumas das teorias e filosofias de ação de enfermagem e descrevemos as principais escolas de pensamento

em enfermagem. Distinguimos as escolas das necessidades, da interação, dos resultados e do *caring*. E para apreender as práticas de cuidados e os cuidados centrados na pessoa analisámos alguns modelos de prática profissional; no segundo capítulo, explorámos e descrevemos a necessidade, responsabilidades e provisão de cuidados de longa duração numa europa envelhecida, destacando as perspetivas da OMS e da OCDE, clarificando o conceito a partir de outros que lhe estão associados.

Totalmente dedicado à metodologia, no terceiro capítulo descrevemos os sujeitos e os contextos do estudo e modo como a informação foi obtida e tratada, bem como, o conjunto dos procedimentos que asseguraram os preceitos de ordem ética, indispensáveis a um trabalho desta natureza.

A apresentação dos resultados da pesquisa foi feita no quarto capítulo onde se caracterizaram os contextos e os participantes, se apresentaram os comportamentos de cuidar, evidenciados pela informação quantitativa e qualitativa, captada a partir do interior dos contextos, visando lançar um “pouco mais de luz” (Campenhoudt, 2003) sobre as vivências de cuidar.

A triangulação de dados e a discussão do caso, que integram o capítulo cinco, salientam os três eixos fundamentais que emergiram da pesquisa e que são: o processo de cuidar, as particularidades dos contextos onde o cuidar ocorreu e os resultados do cuidar, que no conjunto permitiram elaborar as conclusões e apontar algumas sugestões, com as quais terminamos o trabalho.

1. CUIDAR E CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O cuidar na disciplina de enfermagem é assumido hoje, como o seu conceito central, pela dimensão técnico-relacional que tem implícita (Amendoeira, 2004; Paiva, 2004; Lopes, 2005, Basto, 2009) e a razão de ser dos cuidados de enfermagem é a pessoa que os necessita e recebe.

Hesbeen (2004) distingue diferentes formas de cuidar e de cuidados: os que dispensamos a nós próprios e aos outros, às coisas, à técnica, ao meio ambiente ou à beleza. Sobre o cuidar de si próprio, Hesbeen esclarece que não se trata de uma expressão de egocentrismo, mas antes uma chamada de atenção sobre o comportamento individual e o questionamento das fontes de prazer e das dificuldades e ousar pensar futuros possíveis e torná-los realidade; o cuidar dos outros significa demonstrar interesse pelas pessoas e supõe também não se desinteressar por daquilo que dizem e sugerem e permitir que a sua voz se faça ouvir, ou como refere Borges-Duarte (2010, p.124), “cuidar é o mesmo que *compreender o ser* e compreender é amar”.

Sobre o cuidar das coisas e da técnica, Hesbeen (2004) refere que este obriga a estar atento para que coisas e técnica sejam utilizadas em tempo oportuno o mesmo será dizer utilizáveis no momento em que a sua utilidade nos leva a requerê-las. O cuidar do meio e de tudo o que o rodeia está relacionado com a preocupação ecológica, mas ultrapassa as conotações políticas e não se compara com elas. É antes uma necessidade inegável para que os seres humanos continuem a reproduzir-se e desenvolver-se (Hesbeen, 2004). Como afirma Borges-Duarte, o cuidar é, neste sentido, “uma forma ativa e pensante de estar ocupado no mundo da vida” (Borges-Duarte, 2010, p.117).

O cuidar é vital para a vida e não apenas para a enfermagem. É central em numerosas relações e embora não exista uma regra clara para o uso da palavra cuidar, na família dos seus significados, estão incluídos três sentidos: atenção ou preocupação com; responsabilidade por ou prestação a alguém e consideração, apreço, ou relação (Gaut, 2013).

1.1. A ética do cuidar e o lugar do cuidado

Para Warren Thomas Reich (1995), a ética do cuidado baseia-se na visão de que a capacidade de cuidar ou se preocupar com as coisas, as pessoas, o curso da vida e a sociedade são fundamentais. Reich (1995) estudou a fundo a história do cuidar e segundo refere, na história da ética ocidental este termo não mereceu a mesma atenção que outros conceitos, como os de liberdade, justiça e amor, por exemplo, já que a reflexão sobre o cuidar só teve verdadeiro desenvolvimento a partir da década de 80 do século XX.

Desde Aristóteles que a ética é considerada o bem maior das vidas humanas, aquilo que deve ser. Ricoeur (1990) define a ética como o desígnio de uma vida consumada sob o signo das ações estimadas como boas. E para Lévinas (1982) a ética deve ser a primeira filosofia, porque a responsabilidade pelo outro é anterior à liberdade, como se cada um estivesse consagrado ao outro antes de o estar a si mesmo, tornando o estudo de pertença ao outro mais importante que o estudo do ser. A sua convicção, fundada nas reflexões de que a condição humana tem implícita a responsabilidade e o compromisso com o outro, encontram também significado no cuidar ou tomar conta, que Collière (1999) considera um ato de vida, efetivado em Levinas (1982), pelo conhecimento de si e do outro enquanto sujeitos e que torna possível uma experiência de humanidade compartilhada pelo reconhecimento do outro como destinto de si mesmo. Para Smith (2013) é esta a base moral do imperativo de cuidar.

Em Portugal e na opinião de Borges-Duarte (2010), quem contribuiu para o seu estudo e discussão tanto no âmbito da filosofia como no espaço público foi Maria de Lourdes Pintasilgo, ao arriscar definir um novo princípio de compreensão da realidade estruturada e propondo uma outra forma de relação entre os humanos. Embora Freitas (2013), considere que o termo cuidar, ainda não atingiu o estatuto efetivo de conceito, vários pensadores e investigadores estudaram a sua origem, evolução e significado (Reich, 1995; Boff, 2003, Ayres, 2004; Zoboli, 2004; Borges-Duarte, 2010) e associaram a origem do termo à mitologia greco romana expressa na fábula do cuidado de Higino.

Segundo a lenda referida e transcrita de Borges-Duarte (2010), “Cuidado”, um ente mítico, terá concebido e estruturado o homem com a ajuda de outros deuses, a partir de elementos da natureza (terra ou humos) ligando, de modo indissociável, o ser humano e o cuidado como se ambos fossem um só² e atribuindo ao termo cuidado não apenas, a existência e vivência do ser humano, mas também o seu sentido para a vida (Zoboli, 2004). Dito de outro modo, o que marca e define a condição humana, não é o espírito ou o corpo, mas aquilo que lhe dá forma, ou seja, o cuidado, que tanto pode colocá-lo em perigo como mantê-lo vivo (Borges- Duarte, 2010).

O cuidar é assumido, hoje em dia, como central e permanente em numerosas relações, entre elas a relação enfermeiro/a-utente, mas para alguns, continua difícil de conceptualizar (Paley, 2001), especialmente na ética do ocidente onde, ao contrário de outros valores, este não era predominante (Davis, 2006).

Borges-Duarte (2010, p.116), tal como outros, remete a compreensão do cuidado para Heidegger em “*Ser e tempo*” no qual o cuidado (*Sorge*) é descrito como ser do *Dasein*, ou ser aí, que “é simultaneamente exercício *de ser* (em que o ser se dá, guarda e aguarda) e *vínculo* estrutural”, que se manifesta fenomenologicamente como temporalidade. Caracterizando ontologicamente o humano, pelo *ser* do Homem (que é o cuidado) e pela sua *entidade*, o composto psicofísico, esta união constitutiva integra o ser no seu ser, ocupando-se dele e de si, cuidando de, tendo cuidado, e desvelando-se (Borges-Duarte, 2010 p.120). Neste contexto, “ser à maneira humana é *cuidar*, em todas as suas formas” e o cuidado é “a estrutura articulada dos vários elementos constitutivos do *Dasein*”, ou seja, da “estrutura ontológica do ser humano”, o seu elemento central, “o modo de ser mais próprio e originário do ser humano (Carrilho 2010, p.108). E, embora Heidegger não tenha orientado o seu pensamento para uma

² «Certo dia, ao atravessar um rio, o Cuidado (*Cura*) viu um terreno de barro. Pensativo, tomou um pouco de barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto reflectia sobre o que tinha feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu-lhe que lhe insuflasse espírito. Júpiter acedeu de bom grado. Quando, porém Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter proibiu-lho, exigindo que lhe fosse imposto o seu nome. Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam, surgiu a Terra (*Tellus*). Mas quando também ela quis dar o seu nome à criatura, por ter sido feita de barro, que era um pedaço do seu corpo, começou uma grande discussão. De comum acordo, pediram a Saturno que fizesse de juiz. E ele tomou a seguinte decisão, que pareceu justa: Júpiter, porque lhe deu o espírito, receberá de volta este espírito, por ocasião da morte dessa criatura. A Terra, que lhe deu o corpo, receberá, também de volta o seu corpo, quando a criatura morrer. Ao Cuidado, porém, que moldou a criatura, ficará esta entregue durante a sua vida. E uma vez que há entre vós acalorada discussão acerca do nome, decido eu que esta criatura será chamada Homem (*homo*), isto é, feita de *humus*, que significa terra fértil».

perspetiva ética, segundo Carrilho (2010, p.109), “o cuidar é um cuidar dos outros porque existir, é desde logo, existir com os outros”.

Para Borges-Duarte (2010), a perscrutadora da *ética do cuidado* foi a filósofa Carol Gilligan (1982) a partir da polémica com outro filósofo, Kohlberg. Segundo este, os níveis de desenvolvimento moral superiores só seriam possíveis no seio dos juízos universais e fora das relações afetivas, permitidos apenas aos homens por serem os únicos capazes de separar a justiça dos afetos. No seu livro, “A Different Voice”, Gilligan contesta esta tese, defendendo que são possíveis elevados níveis de juízo moral independentes e autónomos articulados com as relações e os afetos pela via do cuidado, uma vez que ambos os sexos têm a capacidade de ver as questões éticas a partir de duas perspetivas, ou seja, ambos têm capacidade de cuidar (Toldy, 2010). Não é o género que orienta os juízos para uma ética do cuidado ou para uma ética da justiça, apenas a quantidade e a qualidade das relações. Tal pensamento impôs o questionamento dos pressupostos anteriores, redefinindo novos rumos para os princípios éticos considerados até aí como universais (Reich, 1995; Toldy, 2010; Borges-Duarte, 2010), obrigando a transferir a teoria moral de uma posição onde “*eus*” eram vistos como independentes para uma posição onde “*eus*” estão interligados e interdependentes.

Após o que designou de percurso linguístico, no sentido de recuperar as etimologias, das palavras cuidado e cuidar, Borges-Duarte (2010, p.118) sugere que a compreensão da realidade humana pela via do cuidado e do cuidar impõe a união dos dois vetores, “por um lado, o de pensar atento e comovido em outrem ou em si mesmo, esforçando-se por ajudar a que a vida continue em sanidade e reforçando a perspetiva relacional e por outro, sentir a inquieta moléstia de advertir que esse viver quotidiano pode, de algum modo, estar em perigo”.

Uma posição oposta à descrita até aqui e mesmo radical é a de Paley (2001). Para este investigador o cuidar é admirável em si mesmo, mas não passa de um ideal, entre outros, e na genealogia dos termos, o cuidar é uma “moral de escravos” (Paley, 2002). Numa posição intermédia, encontra-se Toldy (2010) que adverte para o risco de a perspetiva ética do cuidar poder reforçar a ideia de que as mulheres não são autónomas nos seus juízos se a sociedade não criar condições objetivas e subjetivas que permitam assumir o processo de cuidar como opção e “como manifestação de

autonomia”, como uma escolha. O que é o mesmo que dizer, que o cuidar se deverá tornar um ideal ético tanto para homens como para mulheres que “fluirá do reconhecimento de uma responsabilidade interativa, isto é, de uma interdependência” (Toldy, 2010, p.6), na qual o cuidado compreende um *continuum*, com diferentes níveis de envolvimento emocional para os indivíduos, homens ou mulheres, que experimentam a relação de cuidar (Lachman, 2012).

A relação de cuidar foi descrita em pormenor por Milton Mayeroff, (1971) na sua obra “*On caring*”. Segundo defende, o cuidar é um valor em si mesmo e cuidar e ser cuidado, podem dar sentido à vida dos humanos e ajudar a criar a ordem e a estabilidade. Enquanto ideia filosófica, o cuidado pode crescer e desenvolver-se pela exploração e descoberta das suas características essenciais, contudo a essência e valor do cuidar poderão ser fúteis se não contribuírem para uma filosofia de ação (Mayeroff, 1971). Entendido como modo de ser, ou um modo de agir, o cuidado impõe-se face à constatação da fragilidade e vulnerabilidade do ser humano que necessita “de ser alvo de uma preocupação, de um prestar atenção ou de um preocupar-se com e por”, de modo a cumprir a condição de ser pessoa, agindo e cuidando do outro, numa relação de reciprocidade (Carrilho, 2010, p.112). O cuidado do outro ou “cuidado pelo outro” reflete pensamentos e emoções simples e torna os humanos capazes de velar pela natureza, de se interessarem ativamente uns pelos outros e de manterem a sociedade coesa. Esta ideia está igualmente presente em Mayeroff (1971, p. 13), que defende a existência de significado moral e dependências nos relacionamentos na vida humana, porque o cuidar tem implícita uma maneira de estar e de se relacionar que compreende a ajuda do outro, mas no sentido do seu crescimento. “Ajudar outra pessoa a crescer é, pelo menos, ajudá-lo a cuidar de algo ou alguém fora de si mesmo e envolve o incentivo e a ajuda a encontrar e criar áreas de si próprio que ele está capaz de cuidar”. Neste processo, considera como indispensáveis, algumas condições que designou por componentes major do cuidar e que destaca: o conhecimento, enquanto condição ou capacidade fundamental para entender as necessidades do outro, que é simultaneamente geral e específico, mas todo ele adquirido para ajudar o outro a crescer. Segundo Mayeroff (1971, p. 21), restringir o significado de alguma das formas de conhecimento “é assumir de modo arbitrário que apenas as palavras podem

ser comunicadas e restringir significado da comunicação que não pode ser feita por palavras”.

Outro dos elementos que Mayeroff (1971, p.24) considera fundamental é o que denomina por alternância de ritmos, no sentido de que não é possível cuidar pelo simples hábito de o fazer. O cuidar exige avanços e recuos que tanto podem centrar-se no geral como no particular. O “fazer” do cuidar não pode apenas ser entendido no seu sentido mais comum. É possível estar envolvido no cuidado sem nada fazer e analisar essa “não atividade” e o que dela resultou para mudar o comportamento.

Quanto à paciência, Mayeroff considera-a fundamental no cuidar, porque permite que outro cresça ao seu ritmo e tempo próprios. A paciência, segundo defende, não é esperar passivamente que as coisas aconteçam, inclui antes uma certa quantidade de confusão e de debate, que não é indiferente ao outro, mas respeita o seu crescimento, “a pessoa que cuida é paciente porque acredita no crescimento do outro” o que, por vezes, exige que seja paciente consigo própria.

Outro dos elementos major do cuidar, referidos por Mayeroff, é a honestidade, que significa ser genuíno e estar aberto a si mesmo e aos outros. A confiança, outro componente fundamental, compreende confiar no crescimento do outro, no seu ritmo, no seu tempo e à sua maneira.

Quanto à humildade, outro dos componentes, está presente no cuidar de diversas maneiras. Envolve aprendizagem contínua do outro e o reconhecimento de que há sempre algo mais a aprender tanto a partir do outro como dos próprios erros. Requer o reconhecimento de que não há uma única forma de cuidar e que existe necessidade constante de aprender (Mayeroff, 1971).

Os restantes componentes são a esperança, e a coragem. A primeira “como expressão de um presente vivo”. A esperança de quem cuida é baseada nas possibilidades presentes e realistas, que ativa os próprios poderes e energias. Quanto à coragem é igualmente importante, porque o cuidar é parte de uma viagem cujo destino não se conhece. A confiança para ajudar o outro a crescer e a habilidade para cuidar encorajam a procura do desconhecido, mas sem coragem, essa viagem não é possível (Mayeroff, 1971, p. 35-43).

Face a estas exigências, o autor sublinha ainda que, para cuidar não bastam boas intenções, pois a complexidade de cuidar e de ser cuidado “apela a aptidões

menos usuais e requer treino especial”. Requer também responsabilidades e obrigações alojadas em valores morais inerentes ao processo de cuidar que vão sendo descobertos à medida que o processo se vai implementando, o que exige cuidadores atentos e capazes de refletir sobre as suas práticas, de modo a ajudar os outros e a si próprios a crescerem.

Numa relação significativa entre duas pessoas o cuidar pode ser mútuo, contudo a razão de ser do cuidar do outro é que ele ocorra até que a pessoa seja capaz de o fazer por si só no pleno uso da sua autonomia, “se eu não experimentar o outro como algo em si mesmo” diz, Mayeroff (1971, p.49), “o que pode acontecer é eu não estar a cuidar”. No mundo das relações de cuidado, o cuidar das pessoas assume uma importância particular porque tem implícita a compreensão das pessoas no contexto em que se encontram e obriga a olhar para o mundo do outro “com os olhos com os quais o vê e como ele vê a si mesmo”.

Outro aspeto importante no cuidado às pessoas é “estar com o outro” que não é sinónimo de se anular a si próprio, é antes condição do cuidar e aquilo que caracteriza “o próprio processo de cuidar”. Implica não tomar decisões por ele, mas antes esclarecê-lo, informá-lo, fornecer-lhe alternativas e apontar-lhe as consequências, todavia interiorizando que as decisões dizem respeito à própria pessoa e não a quem cuida dela. O cuidar decorre com algum grau de apropriação e o sentido de pertença, a dedicação, a confiança, a esperança e coragem revelam o nível ou estágio do padrão de cuidado. Quanto “mais fundamental for outro para mim, mais evoluído é o padrão de cuidado e mais discerníveis se tornam os seus diferentes componentes” (Mayeroff, 1971, p.53- 76).

Watson, que tem teorizado sobre a enfermagem, enquanto filosofia e ciência do cuidar, que aprofundaremos mais adiante, resume o cuidar como um “estar em sintonia com os conflitos de outros indivíduos e com os danos que podem acontecer a uma pessoa raça ou civilização” (Watson, 2002, p. 2), sintonia essa que terá de se tornar num desejo, numa intenção, num compromisso e num julgamento consciente e manifestar-se em atos concretos.

Outra perspetiva do cuidar é a sublinhada por Nies et al. (2010). Num trabalho de revisão sobre a gestão da qualidade e a qualidade da assistência nos cuidados de longa duração, estes investigadores consideram o cuidar a partir de duas conceções

distintas: uma, que o concebe como análogo a um serviço, idêntico ao dispensado pelos bancos e seguradoras. Nesta conceção de cuidados, a produção e o consumo são dois processos que ocorrem em separado, por isso, quem os produz e quem o recebe não precisa de se conhecer. Este tipo de serviço pode ser racionalizado de modo a produzir o mesmo em menos tempo. A outra conceção de cuidado, perspetiva-o como um serviço especial, humano, o qual requer outros requisitos concretamente o facto de exigir uma relação interpessoal e emoções mútuas entre quem o dispensa e quem o recebe e que são parte integral da troca económica. Por isso, o processo de produção e de consumo não podem ser separados e “a duração do tempo de trabalho é parte integrante do resultado” (Nies et al. , 2010, p.8-9).

1.2. O Cuidar na disciplina de enfermagem

A essência da prática de cuidar segundo Hesbeen (2004) é o sentido dado aos gestos executados numa determinada situação. Deste modo, ao falarmos do cuidar ou do cuidado em enfermagem, não falamos apenas de ações levadas a cabo por enfermeiros e enfermeiras, mas antes do constructo já descrito que, enquanto categoria “permite designar simultaneamente uma compreensão, filosófica e uma atitude prática”, perante o “sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica” (Ayres, 2004, p.74).

As práticas de enfermagem ou práticas profissionais de enfermagem, que são descritas por Basto (2005, p.27), como “ações coletivas porque são desempenhadas por grupos de enfermeiras” e enfermeiros que “seguem normas sociais, escritas ou não, que as caracterizam”, encontram na pessoa, doente ou com saúde a sua razão de ser, o seu ponto de partida e de chegada (Collière, 1999). E é na relação que se estabelece para conhecer a pessoa e compreender o que ela tem, que reside o valor terapêutico da intervenção (Collière, 1999), que exige de quem presta cuidados, conhecimentos, técnicas e formas de estar particulares, que transformam a situação vivida pelos dois numa situação única e singular (Nunes, 2004). Por isso, refletir e escrever sobre o cuidar na disciplina de enfermagem, não dispensa caracterizá-lo em termos dos paradigmas que a marcaram enquanto tal, mas igualmente caracterizar o *agir profissional* dos enfermeiros (Nunes, 2004).

Assumimos, tal como outros (Kérouac, Pepin, Durcharme, Duquette & Major, 1994; Basto, 2009) que a disciplina e a profissão de enfermagem são indissociáveis. Enquanto disciplina, a enfermagem tem um corpo significativo de conhecimento que os estudantes aprendem, que requer habilidades e saberes próprios, que os profissionais aplicam e que os investigadores procuram desenvolver através da pesquisa. São estas características que lhe conferem o estatuto de disciplina prática (Kérouac, Pepin, Durcharme, Duquette & Major, 1994), ou seja, uma disciplina que tem como finalidade desenvolver conhecimento destinado a guiar e a orientar as práticas. Watson (2002,p.51) usa a comparação entre corpo e mente para elucidar a união necessária entre as duas, afirmando que “as atividades escolares de enfermagem não devem ser divorciadas da sua prática clínica”. Segundo Basto (2009, p.12), a designação de disciplinas práticas, já foi usada por vários autores (Shon; Litchfeld & Jonsdottir) para descrever o saber disciplinar que decorre tanto das práticas profissionais, das quais faz uso a partir de processos indutivos, como do saber adquirido pelos “processos de abstração teórica e/ou da exploração concetual” e análise dos conceitos.

Na história da enfermagem, como a concebemos hoje, os fundamentos teóricos e as conceções que a orientam e caracterizam, mantêm como estruturantes da disciplina os conceitos de cuidado, pessoa, saúde e meio, embora a forma como todos e cada um se tem relacionado entre si, configurem diferentes correntes de pensamento que a influenciaram e que autores de referência (Kérouac, Pepin, Durcharme, Duquette & Major, 1994) designaram por paradigmas: o paradigma da categorização, o da integração e o da transformação.

No domínio da saúde, enquanto fenómeno, o paradigma da categorização (situado na segunda metade do século IXX e primeira metade do século XX) dirigiu a pesquisa para o fator causal responsável pela doença. Os cuidados de enfermagem, influenciados por este paradigma, orientaram-se sobretudo para a saúde pública e para a doença, ligados à prática médica e orientados para a resolução dos problemas, dos défices ou das incapacidades das pessoas. Intervir ou agir neste paradigma significa “fazer pela pessoa”, que depende dos cuidados de enfermagem e dos cuidados de outros profissionais de saúde, considerados como os “*experts*” e que, nessa qualidade, excluem a pessoa da participação nos cuidados (Vieira, 2009). É neste

contexto que nasce a profissão enquanto tal. Mas como refere Vieira (2009, p.77) “muitos enfermeiros cedo perceberam o poder da relação que estabeleciam com os pacientes, a quem encorajavam e ajudavam a criar esperança” reflexões, que contribuíram para uma nova orientação dos cuidados, centrando-os na pessoa e na sua saúde em todas as dimensões.

Este novo paradigma, situado nos Estados Unidos da América entre 1950 e 1975, designado por paradigma da integração, emergiu em reação ao sofrimento humano resultante da crise económica dos anos 30 do século passado e da segunda guerra mundial, tendo os cuidados de enfermagem passado a centrar-se na pessoa e nas suas necessidades. Sob a sua influência, tanto nos sistemas de prestação de cuidados de saúde como no pensamento de enfermagem a pessoa ganha um papel ativo e passa a ser integrada nos seus cuidados. A saúde e a doença são reconhecidas como entidades distintas que coexistem em interação dinâmica onde o ambiente passou a ser considerado e reconhecida a influência das pessoas e da sua capacidade de se adaptarem. Intervir, em termos de cuidados de enfermagem, passou a significar “agir com a pessoa” (Vieira, 2009). Reconhece-se a enfermagem como diferente da disciplina médica que passou a centrar-se na relação entre o enfermeiro e o utente e assumem-se como distintos os saberes das duas disciplinas (Kérouac, Pepin, Durcharme, Duquette & Major, 1994).

As primeiras conceções explícitas da disciplina de enfermagem (Kérouac, Pepin, Durcharme, Duquette & Major, 1994) foram marcadas pela experiência clínica e pela reflexão das práticas que abriram caminho ao paradigma da transformação. À luz deste paradigma, cada fenómeno é assumido como único. Foi nesta perspetiva que a OMS subscreveu a declaração de Alma-Ata e assumiu a necessidade de sistemas de cuidados de saúde assentes na filosofia que homens e mulheres têm o direito e dever de participar individual e coletivamente na planificação e na implementação das medidas de proteção da saúde que lhes são dirigidas (Kérouac, Pepin, Durcharme, Duquette & Major, 1994). Sob este paradigma, a pessoa é única, com múltiplas dimensões que formam a sua unidade e a saúde passou a ser concebida como uma experiência humana que decorre da união entre a pessoa e o meio. É neste contexto que decorre a abertura das ciências de enfermagem ao mundo (Kérouac, Pepin,

Durcharme, Duquette & Major, 1994) que, em termos cronológicos, ocorre a partir da segunda metade da década de setenta do século passado até ao presente.

Conforme descrito, a aprendizagem e profissionalização do cuidado de enfermagem, iniciados por Nightingale, nos finais do séc. XIX, conservaram desde então os conceitos de cuidado, pessoa e saúde no centro da disciplina numa relação privilegiada com o cuidar (Paiva, 2004) que tem encontrado suporte em modelos e teorias de enfermagem que procuraram responder ao “como, o quê, porquê, a quem se dirige e o que se espera” dos cuidados de enfermagem (Paiva, 2004, p.54). São exemplo, entre outras, Henderson, Watson e Leininger que deram nome às escolas de pensamento em enfermagem e que Kérouac, Pepin, Durcharme, Duquette & Major, (1994) agruparam em função dos modelos conceituais e que são a escola das necessidades; a escola da interação; a escola dos resultados; a escola do ser humano unitário e a escola do cuidar.

A escola das necessidades é representada, entre outras, por Orém e Abdellah, mas é Henderson, quem melhor caracteriza esta escola de pensamento. Segundo este modelo, os cuidados de enfermagem constituem as assistências à pessoa doente ou com saúde, nas necessidades que ela não pode desempenhar por falta de forças, de vontade ou de conhecimentos ou ainda as que visam proporcionar uma morte serena (Paiva, 2004). O significado que é dado a “necessidades” é o de *deficit* humano, que pode ser superado pelos cuidados prestados pelos enfermeiros e enfermeiras (Rosa & Basto, 2009, p. 18), de modo a conservar ou restabelecer a sua independência. Segundo Rosa & Basto (2009, p.19). os enfermeiros portugueses “encontram no conceito de necessidades” uma espécie de âncora, mas também uma segurança, que os guia na prestação dos cuidados no dia-a-dia.

Para os defensores da escola da interação, é nela, que residem os cuidados de enfermagem. Na perspetiva de Peplau, Orlando e Travelbee entre outros, a ação humanitária que resulta da interação entre os enfermeiros e a pessoa é a essência da intervenção que é terapêutica, proporciona ajuda e assistência (Kérouac, Pepin, Durcharme, Duquette & Major, 1994) e permite avaliar as necessidades, efetuar um diagnóstico de enfermagem e planejar intervenções que promovam o crescimento individual tanto da pessoa que recebe os cuidados como dos enfermeiros que os prestam.

Na escola dos resultados, a pessoa é reconhecida como um ser biopsicossocial, sem ignorar o quê e o como. As teóricas como Roy e Neuman defendem a pessoa como um sistema de adaptação ao meio que, utiliza processos internos para atender os seus objetivos individuais (Kérouac, Pepin, Durcharme, Duquette & Major, 1994). Neste modelo concetual, os cuidados de enfermagem devem ser orientados para as “respostas humanas aos processos de vida” e para o “controlo dos fatores que geram a necessidade de adaptação” (Paiva, 2004, p.55).

Teóricas como Rogers, Newman e Parse personalizam a escola do ser humano unitário e desenvolveram a “enfermagem com ciência holística” (Vieira, 2009, p.79). Na perspetiva destas teóricas, a enfermagem é uma ciência humana centrada na pessoa que é um ser aberto e livre de escolher a significação em cada situação. A saúde é um processo contínuo de mudança em que a pessoa e a enfermeira ou enfermeiro são parceiros.

A escola mais recente do pensamento de enfermagem é a que enfatiza a “função cuidativa” das enfermeiras e dos enfermeiros “em oposição à função curativa” (Vieira, 2009, p.79). Para Watson e Leininger, teóricas da escola *do caring*, o cuidar é algo que engloba tanto os aspetos científicos, humanos, instrumentais e expressivos, como o seu significado, todos eles indissociáveis do ato de cuidar.

A prática do cuidar, segundo Watson (1998), associa os conhecimentos biofísicos e conhecimentos sobre o comportamento humano, com objetivo de suscitar e promover a saúde e proporcionar cuidados a quem está doente. É mais propícia à saúde que o tratamento médico e é a essência da disciplina de enfermagem. O cuidar, segundo Watson, é um ponto de partida ou uma atitude, “que terá de se tornar um desejo, uma intenção, um compromisso e um julgamento consciente que se manifesta em atos concretos”. A sua essência e valor só fazem sentido se contribuírem para uma filosofia de ação que terá que ser julgada “pelo bem-estar da pessoa que está a ser cuidada” (Watson, 2002, p. 60).

Para Leininger (referida por George, 2000), os cuidados de enfermagem são os fenómenos relacionados com a assistência e condutas de apoio, ou capacitação dirigidas ao indivíduo, ou aos grupos com necessidades reais, ou potenciais. Os cuidados de preservação e/ou manutenção referem-se a decisões que mantêm e preservam valores e crenças desejáveis e úteis para atenuar e melhorar a situação

humana ou modo de vida. A acomodação ou negociação são úteis na adaptação ao cuidado que é apropriado à repadronização e/ou reestruturação e envolvem o processo de tomada de decisão mútua em que a enfermeira modifica ou altera a ação de enfermagem para alcançar melhores resultados em saúde (Sagar, 2012). O cuidar, à semelhança dos cuidados, representa o conjunto dessas ações e é a essência e foco unificador da enfermagem (Sagar, 2012). A pesquisa de Leininger evidenciou a universalidade do cuidado mas salientou as especificidades culturais (Vieira, 2009) que o atravessam e que a enfermeira ou enfermeiro, ao interagirem com os clientes, preservam, negociam ou repadronizam, no sentido de encontrar congruência cultural dos cuidados (George, 2000).

Toda a evolução da enfermagem, enquanto disciplina no último século, teve como consequência a necessidade de clarificar e regular o exercício das práticas enquadradas na profissão, o que aconteceu um pouco por todo o mundo. Em Portugal, o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE, 1996) definiu a enfermagem como a profissão que tem por objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, ao longo do ciclo vital quer esteja são ou doente e integrado ou não em grupos sociais, de modo a manter, melhorar e, ou recuperar a saúde, ajudando-a a atingir a máxima capacidade funcional.

O prestar cuidados é entendido como algo que vai além dos atos técnicos e incorpora tanto a noção da pessoa no seu todo “como a perspetiva holística da prestação” (Nunes, 2004, p.36). E este tipo de intervenção profissional e terapêutica das enfermeiras e dos enfermeiros junto dos indivíduos, que procede de um processo de decisão, com a finalidade de contribuir para o seu bem-estar que Basto (2005) designa-se por cuidar em enfermagem. Segundo Lopes (2005, p. 223), do “processo de intervenção terapêutica de enfermagem” fazem parte vários instrumentos, mas a “gestão de sentimentos” e a “gestão de informação” assumem maior relevo por criarem um espaço-tempo que permite exprimir os sentimentos e simultaneamente promover a confiança e a segurança.

Deste modo, os cuidados de enfermagem ou simplesmente “o cuidar de enfermagem”, enquanto prática que “se constrói sobre a interação enfermeiro-cliente com a intenção de contribuir para o seu bem-estar e ou diminuir o seu sofrimento”, refere-se à intervenção profissional dos enfermeiros/as junto dos utentes, doentes ou

não. E como a complexidade dos processos de saúde e de doença impõe um trabalho de multidisciplinaridade, faz com que estes cuidados sejam considerados cuidados de saúde (Basto, 2009 p.12).

Enquanto atos, as intervenções podem ser “autónomas ou interdependentes” (REPE, 1996) e os modos de ajuda visam atingir objetivos concretos que se caracterizam pela intencionalidade de quem os presta (Watson, 1988). Não se centram apenas nem se circunscrevem à situação de doença ou à satisfação de uma necessidade. Por isso Renaud (2010, p.3), descreve-os como, o “cuidado de toda a pessoa” doente, ou não, “encarada na complexidade do seu ser” que ultrapassa o sentido instrumental das intervenções e torna-se possível pela escuta interessada e pelo encontro que, propicia a fusão de horizontes (Almeida et al., 2009) entre quem cuida e quem é cuidado. E porque estes cuidados visam não apenas proteger, mas também aumentar e preservar a dignidade humana e são orientadas para a justiça, assumiu-se “o cuidar como o ideal moral” da enfermagem (Nunes, 2004, p.34). Contudo, na prática, a capacidade dos enfermeiros tornarem efetivo o papel de advogados dos utentes, como refere Lopes (1998) pode ser muito variável e depende do nível de desenvolvimento moral de cada um.

Embora Watson (2009) relate fortes evidências da presença do cuidar em enfermagem na literatura, segundo esta autora, ainda não existe consenso absoluto sobre o lugar do cuidar na disciplina. Swanson (2013) salienta cinco perspetivas que alguns investigadores (Morse, Bottorff, Neander e Solberg,) identificaram como concetualizações do cuidar no discurso corrente dos enfermeiros, a saber: um traço humano, ou condição do ser humano; um imperativo moral, como uma virtude ou um valor; um efeito direcionado a si mesmo, a um trabalho ou a um paciente; uma relação interpessoal, algo que existe entre duas pessoas e uma intervenção terapêutica, um ato deliberado, planeado, com um objetivo em mente.

No domínio da ligação entre a disciplina e as práticas profissionais, o mesmo é dizer entre a teoria e a prática, o contributo de Swanson foi de extraordinária importância. Influenciada pela escola do *caring* e por Watson, Swanson desenvolveu uma teoria de médio alcance em que propôs uma estrutura de cuidar para a prática. Definiu a enfermagem como “o cuidar informado do bem-estar do outro” e, como tal,

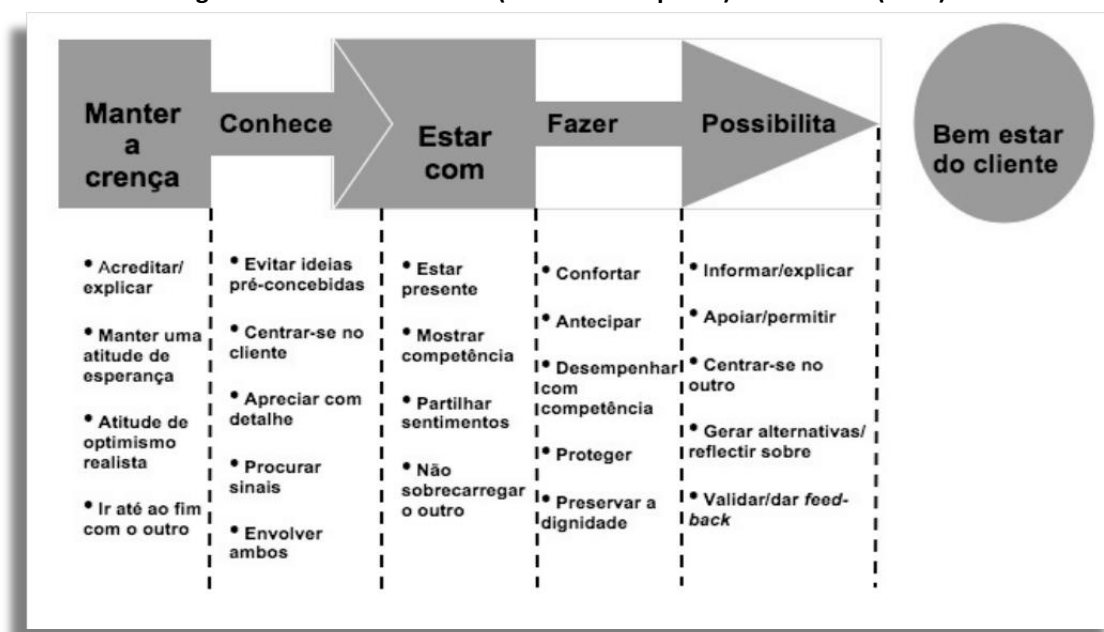
considerou por assunções subjacentes ao cuidar os conceitos de “pessoa/cliente, meio, saúde e bem-estar; enfermeiras e cuidado informado” (Swanson 1993, p. 352).

A sua teoria de cuidar de médio alcance apresenta uma estrutura de cuidar composta por cinco processos de cuidado interrelacionados, que são:

1. manter crença - sustentar a fé na capacidade dos outros para transição e reconhecimento de que as suas vidas são significativas;
2. conhecer - esforçar-se para compreender os acontecimentos que tenham sentido na vida do outro;
3. estar com - estar emocionalmente presente para o outro;
4. fazer por - fazer para o outro o que eles fariam por si mesmos, se possível;
5. possibilitar - facilitar a capacidade dos outros para cuidar de si e os membros da família (Tonges, 2011).

Para cada uma das dimensões, existem componentes chave que são expostos na figura1, do esquema adaptado por Basto (2009).

Figura 1: Estrutura de cuidar (conteúdo adaptado) de Swanson (1993)



Fonte: Basto L. M.(2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina Proposta de um percurso, p.15.

Swanson, para além de ter concebido uma estrutura para o cuidar de enfermagem, preocupou-se também em demonstrar a sua importância na qualidade dos cuidados de saúde. A partir de uma revisão sistemática com meta-análise em 130

estudos empíricos, evidenciou a importância do cuidar e dos seus resultados e confirmou a importância da relação entre as estruturas e os processos quando o cuidar entre enfermeiras e paciente está presente, salientando a importância do cuidar e do não cuidar nos resultados (Watson, 2009).

A partir da informação obtida, (Swanson, 2013) categorizou-a em cinco níveis hierárquicos de capacidades, compromissos e preocupações, ações de cuidar e consequências, que considerou em função das assunções que apresentam e não em função da sua importância, e que são: características das pessoas, onde o cuidar foi identificado (nível I); preocupações e compromissos subjacentes às ações de cuidar (nível II); condições, que se referem ao paciente, enfermeira ou circunstâncias relacionadas com a organização e facilitam ou não, a possibilidade de ocorrerem transações de cuidado (nível III); ações de cuidar, comportamentos ou intervenções terapêuticas (nível IV); consequências, positivas ou negativas do cuidar tanto umas como outras intencionais e viradas para os resultados (nível V) (Swanson, 2013, p.61-62).

Sobre as consequências do cuidar, embora admita que ainda são poucos os estudos que refletem o resultado do cuidar, enquanto intervenção terapêutica, Swanson conseguiu evidenciar “a melhoria dos conhecimentos e do coping” por oposição ao não cuidar, onde as pessoas evidenciaram “medo e humilhação”; “a obtenção de qualidade de vida e de bem-estar” por oposição a “perda de controlo e necessidade de ajuda”. Como resultados do cuidar em termos físicos, foram evidenciadas, nos clientes “sentimentos de confiança”, “empoderamento”, “satisfação com os cuidados”, “relaxamento e felicidade”, mais informação e “desenvolvimento”, “melhores capacidades nos clientes”, “melhor coordenação dos cuidados”, por oposição à “sensação de diminuição da saúde” e, ainda, “a melhoria das relações com a família e o seu empoderamento” (Swanson, 2013, p.86-92).

Admite igualmente que, apesar de necessário, o cuidar é insuficiente para a cura, mas este tipo de reflexão, remete para outra, que é saber até que ponto a cura é possível sem o cuidar? Acresce ao que foi dito, que nem todos os cuidados de saúde têm como objetivo a cura do utente (Swanson, 2013). Não raras vezes, como em cuidados paliativos ou nos cuidados aos idosos, a cura dos processos patológicos, nem sequer é possível.

1.2.1. Práticas de cuidados e cuidados centrados na pessoa

A prática de cuidados é suportada pela teoria, mas nem sempre as teorias que lhes conferem suporte são visíveis e, em muitas organizações, este tipo de práticas não passa sequer de um ideal. Contudo, os hospitais universitários da Carolina do Norte (USA) são um exemplo feliz da articulação entre a teoria e a prática de cuidados.

Confrontados com a necessidade de melhorar a satisfação dos utentes, os líderes de enfermagem destes hospitais desenvolveram um modelo de prática profissional (PPM) centrado nos cuidados à pessoa a partir da teoria de cuidar de Swanson (Tonges, 2011). Implementado nos contextos, em 2008, o modelo traduz comportamentos de cuidado específicos, incorporados na prática, a partir da avaliação do cuidar de enfermagem nos cinco níveis hierárquicos de Swanson (2013) já descritos e formulados pelas questões seguintes: “Será que a enfermeira tem o que é preciso para ser cuidadora?” (Capacidade de cuidar); “A enfermeira está comprometida a relacionar-se de uma maneira cuidativa?” (Preocupações / compromissos); “O meio ambiente apoia as enfermeiras/os capazes e comprometidos com a prática de cuidar?” (Condições); “As práticas consistem em ações que são baseadas no conhecimento em estar com, fazer para, habilitar e manter a crença dos pacientes?” (Ações Cuidar); “O agir é de forma cuidativa e promove os resultados pretendidos?” (Consequências do Cuidar) (Tonges, 2011, p.374).

Na prática, este modelo, incorporado na estrutura de cuidar de Swanson (1993), permite à enfermeira/o antecipar as necessidades dos utentes e providenciar oportunidades para prestar conforto e proteção. Do modelo fazem parte um conjunto de comportamentos consistentes que se comunicam pelo cuidar aos utentes e que é replicável por enfermeiros e enfermeiras em todos os cenários de prática (Tonges, 2011).

Segundo Tonges (2011), o modelo de cuidados já deu provas da sua importância com resultados na qualidade da assistência pela via do cuidar, demonstrados por alguns indicadores. O índice de satisfação dos utentes, o controle da dor e a resposta rápida à chamada aumentaram para o dobro e a prevalência de úlceras de pressão reduziu quase para metade.

Outro conceito que articula a teoria e a prática de cuidados é de *person centred practice* ou prática de cuidados centrada na pessoa. O termo “cuidado centrado na pessoa” (*person-centered caring*), foi descrito por Condon (1986, referido por Lopes 1998,p. 656), para descrever o nível pós convencional do cuidar. Atualmente, descreve um padrão de atendimento que garante ao utente que está no centro da prestação de cuidados (McCormack et al., 2010). A centralidade da pessoa nos cuidados esteve sempre presente nas teorias de enfermagem, no entanto, nas últimas décadas assumiu maior visibilidade porque se tornou num foco de atenção internacional (McCormack et al., 2010; McCanse, McCormack, & Dewing, 2011; McGilton et al. 2012), relacionada com as políticas subjacentes aos serviços destinados aos idosos (Departamento de Saúde do Reino Unido, 2001) e ao movimento cultura da mudança dos USA (Institute of Medicine, 2003), circunstâncias que, segundo McComarck et al.(2010), foram enriquecidas pela enfermagem contemporânea e por políticas e estratégias dos cuidados de saúde.

O cuidado centrado na pessoa ou *person – centred care* é um conceito cada vez mais comum no desenvolvimento de políticas e dos serviços LTC destinados às pessoas idosas (McCormack, Roberts, Meyer, Morgan, & Boscart, 2012) e, enquanto modelo da prática de enfermagem, define-se pelo respeito pela pessoa e pelo seu direito individual à autodeterminação e compreensão da sua individualidade e importância, enquanto ser único. Estabelece-se pela formação e pelo fomento de relações entre todos os prestadores de cuidados e as pessoas idosas e seus significativos (McGilton et al., 2012). Mantém a intenção e a responsabilidade de fornecer cuidados clínicos de alta qualidade, mas enfatiza a organização dos cuidados para que o utente e sua família sejam envolvidos nas decisões. Segundo McGilton et al. (2012), requer ainda enfermeiras e enfermeiros familiarizados com os utentes e com capacidade de liderança relativamente aos restantes prestadores de cuidados.

A compreensão da centralidade da pessoa nos cuidados e o reconhecimento do seu lugar na parceria dos mesmos é também reconhecida e defendida pela Ordem dos Enfermeiros (OE), para quem a relação terapêutica desenvolvida no âmbito do exercício profissional de enfermagem se caracteriza “pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel” (OE, 2001, p.8). Esta perspetiva dos cuidados exige relações particulares, muitas descritas como

terapêuticas (Collière,1999, Basto, 2005, Lopes, 2005) que são construídas com base na confiança mútua, na compreensão e na partilha de conhecimento (McCance, McCormack & Dewing, 2011). Na prática dos cuidados, o seu enquadramento é, segundo McCormack et al. (2012), a chave do desenvolvimento das políticas internacionais dirigidas à provisão de cuidados às pessoas idosas e ao desenvolvimento das práticas de enfermagem nestes contextos. Defende, ainda, que o modelo poderá trazer maior impacto aos cuidados de enfermagem às pessoas idosas e à prática de enfermagem (McCormack, 2010). Também a *International Association of Gerontology and Geriatrics*, nas suas recentes e principais recomendações, inclui a exigência de serem desenvolvidas “estratégias sustentáveis para melhorar o atendimento prestado aos idosos, consistentes com as suas preferências e clinicamente apropriado e prestado com respeito e compaixão por profissionais médicos treinados, enfermeiros [licenciados], administradores e outro pessoal” (McGilton, 2012, p.282) porque, nesta área dos cuidados como ficou evidenciado numa revisão sistemática da literatura que realizámos, as práticas de cuidados aos idosos ainda são marcadas por uma grande dicotomia em, que de um lado, estão as crenças e valores sobre o modo como o cuidar deve ser construído e, do outro, está o modo efetivo como ele se constrói (Grilo & Mendes, 2011).

Enquanto resposta orientada para a eficiência e guiada por um modelo profissional de cuidados de saúde mais holístico, o cuidado centrado na pessoa valoriza as perspetivas e experiências dos utentes (McComarck, et al., 2012) e, em termos práticos, inclui quatro constructos: “Os pré-requisitos”, focados nos atributos de quem presta cuidados e nas suas competências; “o ambiente de cuidados”, centrado no contexto onde o cuidado é prestado; “processo” centrado na pessoa, que se foca na prestação de cuidados a partir de um conjunto de atividades; e “os resultados” que são o componente central do enquadramento e dos cuidados de enfermagem efetivamente centrados na pessoa (McCormack & McCance, 2006; McComarck, et al.,2010, p.288).

Os modelos baseados na “prática centrada na pessoa” na “cultura da mudança” e “nos cuidados centrados na relação”, apesar de distintos, acabam por se complementar e estão presentes nos desenhos mais recentes de assistência e de cuidados aos idosos (McComarck, et al.,2012). O movimento da " cultura de mudança "

com origem nos USA e Canadá representa uma mudança fundamental na forma de pensar as instituições para as pessoas idosas. Os princípios e práticas da cultura de mudança foram norteados por preocupações comuns entre os formuladores de políticas, os consumidores e os prestadores de cuidados e sobre o valor e a qualidade do atendimento. Este movimento defende que as instituições devem ser concebidas não como instituições de saúde, mas como casas centradas na pessoa que oferecem serviços de cuidados de longa duração (Koren, 2010). A cultura da mudança, segundo Koren (2010), tem implícita uma transformação na filosofia e na prática assentes na ênfase exagerada da segurança, na uniformidade e nos problemas médicos, para se direcionar aos residentes, à promoção da sua saúde e da sua qualidade de vida. Lembra ainda que alguns aspetos da indústria dos lares podem conspirar para limitar a prática da cultura de mudança, já que esta requer liderança dedicada, uma força de trabalho estável, cuidados de enfermagem efetivos e fundos para melhorias ambientais.

Relativamente à centralidade da pessoa, reconhecida e incluída nos constructos, esta é tanto a pessoa residente ou idosa, como os seus significativos (McComarck et al., 2012) e não se faz a distinção entre eles para definir a relação de confiança que se estabelece entre quem presta e quem recebe cuidados.

Quanto aos cuidados centrados na relação, são indispensáveis no cuidado dos mais velhos, apesar de transversais às várias profissões de saúde (Nolan et al. 2004, referida por McComarck, et al., 2012) e, nestes relacionamentos, a promoção e vivência de sentimentos de segurança e pertença são fundamentais tal como a continuidade dos cuidados, o propósito dos mesmos e a sua realização no sentido dos progressos e dos objetivos desejados, que são indispensáveis, tal como o seu significado, ou seja, sensação de que é a pessoa que importa (McCormack et al., 2012).

2. CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO NUMA EUROPA ENVELHECIDA

Os cuidados de longa duração referem-se aos cuidados que são prestados a pessoas que estão dependentes de outros no desempenho de tarefas básicas, durante um período mais ou menos longo e podem ser prestados numa instituição como, por exemplo, um lar ou na comunidade em parceria entre prestadores de cuidados (Birchield, 1999). Segundo Berger & Mailloux-Poirier (1995), este tipo de cuidados desempenha uma dimensão importante dos cuidados de enfermagem e visa a utilização máxima dos recursos individuais, através da ajuda profissional na promoção e manutenção da autonomia, auto estima, individualidade e valorização da integridade dos utentes. As mesmas autoras defendem, ainda, que este tipo de cuidados é sustentado pela mesma filosofia dos cuidados gerontológicos, preconiza a continuidade dos cuidados e o envolvimento dos utentes e dos familiares na qualidade dos cuidados a todos os níveis de intervenção.

Para a OMS, representa um grupo diversificado de cuidados de saúde e de apoio social, dispensado a pessoas com graus de dependência variados, sobretudo idosos e incluem o conjunto das atividades dispensadas a todos aqueles que não têm capacidade para o autocuidado a longo prazo, prestadas por cuidadores informais e formais, incluindo profissionais de saúde, sociais e outros (WHO, 2002). A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), após um estudo, em 21 dos 27 países da União Europeia, sobre pessoas que recebiam este tipo de assistências, em casa ou nas instituições, considerou os LTC como “uma questão política e transversal que reúne uma gama de serviços para as pessoas que são dependentes de ajuda nas atividades básicas da vida diária” (OCDE, 2005, p.10). A dependência e a necessidade de ajuda são os fatores chave para descrever a população que necessita destes cuidados. Referem-se, assim, tanto à forma como estão organizados como ao modo, como é prestado o conjunto diversificado de assistências e serviços às pessoas que estão limitadas na sua capacidade de funcionar de forma independente (Robbins, 2008).

2.1. Do Conceito aos Serviços

As definições relativas aos LTC não encontram uniformidade na União Europeia e a variação reflete as diferenças relativas à duração dos cuidados, ao leque de beneficiários e à divisão pouco nítida entre os serviços clínicos ou cuidados de saúde e os serviços não clínicos ou de apoio e serviços sociais disponíveis (Comissão Europeia, 2008). A separação entre os cuidados de saúde e assistência social, muitas vezes difícil e turva, em alguns países, associa a noção de “continuidade de cuidados” ou de “abordagem integrada” ao conceito de LTC, incluindo políticas de saúde pública, como medidas preventivas, promoção do envelhecimento ativo e promoção da autonomia, empoderamento, cuidados de fim de vida e cuidados paliativos (Comissão Europeia, 2008, p.7).

Nos sistemas de proteção social, o conceito de LTC é relativamente recente. Até há poucas décadas atrás, não existia, enquanto tal, mas alguns dos seus elementos podem ser encontrados na legislação de invalidez e pensões de velhice e, também, em regimes de assistência social para pessoas com deficiência (Lipszyc, Sail, & Xavier, 2012). Ainda assim, a compreensão abrangente daquilo que hoje se define como "necessidade de cuidados" ou de "cuidados a longo prazo" era inexistente até ao final de 1970. Segundo estas investigadoras, só neste período, alguns países, entre eles a França e os que estão agora na República Checa e República Eslovaca, reconheceram o que foi designado de "necessidade de assistência de terceiros" e forneceram subsídios especiais para colmatar essa necessidade, reconhecendo igualmente a importância destes cuidados, sobretudo a pessoas dependentes na maioria das vezes pertencentes a categorias de idade mais avançada. As mesmas investigadoras salientam ainda que o termo "serviços de cuidados de longa duração" não se refere apenas aos cuidados em si mesmos, mas à forma como se organizam e dispensam serviços e assistência destinados às pessoas que não estão totalmente capazes de funcionar de forma independente, por deficiência física, mental ou ambas, e ocorra por períodos de tempo prolongados ou de um modo permanente (Lipszyc, Sail, & Xavier, 2012, p.9).

Este tipo de assistência consiste em prestar cuidados nas atividades da vida diária (AVD)³ ou *activities of daily living* (ADLs), como comer, tomar banho, vestir-se, entrar e sair da cama ou usar o WC e cuidados de saúde, tanto preventivos como de reabilitação, assistência na preparação e administração de terapêutica, controle da dor, realização de pensos e cuidados paliativos, que podem também ser combinados com a ajuda de nível inferior relativa às atividades instrumentais da vida diária (AIVD) ou *instrumental activities of daily living* (IADLs), tais como refeições, compras e cuidados domésticos (Lipszyc, Sail, & Xavier, 2012).

Num trabalho de revisão da literatura sobre os critérios para receber cuidados nos serviços de LTC na Europa, Robbins (2008, p.14) refere que, pelo menos “virtualmente, todos os países da união europeia avaliam a elegibilidade para os cuidados de longa duração por referência a escalas de ADLs e IADLs validadas internacionalmente”. Deste modo, os níveis de dependência, descritos como combinações de riscos e necessidades, são a razão mais comum para admissão neste sistema de serviços, frequentemente controlada por avaliações formais que atribuem um nível específico de necessidade, expressa em termos de défices em relação a estas atividades, ou em termos de horas de cuidados necessários (Robbins, 2008).

Os indivíduos que estão prejudicados no desempenho das AVD têm maior probabilidade de obter este tipo de cuidados, relativamente àqueles que apresentam apenas dificuldades no desempenho das AIVD (Marcinkowska & Agnieszka, 2011). Contudo, o mosaico de políticas e respostas em termos de LTC, nos diferentes países da Europa, é tão diversificado quanto os países que a constituem (WHO, 2002). Essa diversidade é resultado da influência histórica, da cultura e estrutura de cada um dos países e também dos seus recursos económicos, em relação estreita com o aparecimento de sistemas complexos de proteção, segurança social e cuidados de saúde, que tem seguido diferentes padrões tanto ao nível da organização como do financiamento e dos quais resultou uma mistura diversificada em abordagens e estratégias, tanto em termos de serviços como de prestação de cuidados (Riedel & Kraus, 2011).

³ No contexto da reabilitação o termo atividades de vida diária segundo Fricke, J. (2010) refere-se, ao conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia.

Assim, os LTC podem ser fornecidos por uma variedade de configurações, que incluem o atendimento institucional em lares, residenciais de idosos e hospitais e o atendimento domiciliar, ou formas mistas de assistência, como os cuidados semi-residenciais, oferecendo pacotes de serviços variados, desde os mais básicos, como o fornecimento de refeições, passando por cuidados de saúde diários e inclusão de serviços de reabilitação, podendo coexistir cuidados formais e informais complementando-se ou substituindo-se em função do tipo de dependência (Lipszyc, Sail, & Xavier, 2012).

Os cuidados formais podem ser fornecidos tanto pelo setor público como pelo setor privado e são assim designados por serem pagos, sob forma de emprego ou de contrato. Este tipo de cuidados é prestado por enfermeiros e enfermeiras, outros profissionais de saúde ou por cuidadores menos qualificados.

Nogueira (2009) refere que, na união europeia, os cuidados formais enquadram-se em respostas sociais e de saúde tuteladas pelo Comité de Proteção Social, mas, como já foi referido, não existe uma história única e uniforme, nem na conceção nem na evolução dos serviços e políticas de prestação de cuidados, uma vez que tanto o desenvolvimento de lares de idosos como a prestação de cuidados em casa obedeceram a preceitos associados ao apoio dos sistemas mais ou menos complexos de bem-estar, segurança social e de cuidados de saúde, com padrões de financiamento muito distintos nos vários países (Tarricone & Tsouros, 2008), como já foi descrito.

Quanto aos cuidados informais, para serem considerados como tal, não são pagos como um bem, um serviço, ainda que o cuidador informal possa receber algum pagamento da pessoa que recebe cuidados (Lipszyc, Sail, & Xavier, 2012). Este tipo de cuidados, os informais, é uma importante fonte de LTC para as pessoas mais velhas da Europa. De acordo com o banco de dados SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), referidos por Mot & Willemé (2012), entre 21% e 43% da população com 65 anos recebe cuidados desta natureza. Quem os presta está normalmente ligado a quem os recebe, por vínculos sociais ou afetivos e são geralmente familiares e amigos, sobretudo esposas, filhas e enteadas (Grilo, 2005; Lipszyc et al., 2012). Neste caso, os cuidados prestados em termos de LTC podem ser vistos como uma "categoria lateral", com o objetivo de proporcionar ao cuidador

informal uma pausa nos seus compromissos de cuidados habituais (Lipszyc, Sail & Xavier, 2012) ou o apoio técnico e profissional, no sentido de mitigar os efeitos negativos que estes, pela sua carga, podem ter sobre os cuidadores.

O conceito de cuidados integrados, decorrente das necessidades múltiplas de quem recebe, foi desenvolvido com o objetivo de encerrar a divisão tradicional entre os cuidados de saúde e os de assistência social e é considerado uma componente essencial da reforma dos cuidados de saúde e sociais na Europa (Kodner & Spreeuwenberg referido por Lloyd & Wait, 2005). Este conceito impõe a perspetiva do utilizador como o princípio organizador e permite a prestação de cuidados de saúde e sociais de um modo flexível, personalizado e sem hiatos. Representa um conjunto coerente de métodos e modelos de organização, financiamento e níveis clínicos de prestação de cuidados, pensados para articular a assistência e a colaboração entre o tratar e o cuidar (Lloyd & Wait, 2005). Os mesmos investigadores defendem que os decisores políticos têm múltiplas razões para optar por esta conceção de cuidados e elencam o conjunto das mesmas: proporcionam uma atenção integrada à pessoa e têm em conta a própria evolução da assistência e dos cuidados; reconhecem que os resultados de cuidados de saúde e sociais são interdependentes; assumem a atenção integrada como meio de proporcionar a integração social dos grupos mais vulneráveis da sociedade; podem conduzir a uma melhor eficiência do sistema e melhorar a qualidade e a continuidade dos cuidados (Lloyd & Wait, 2005).

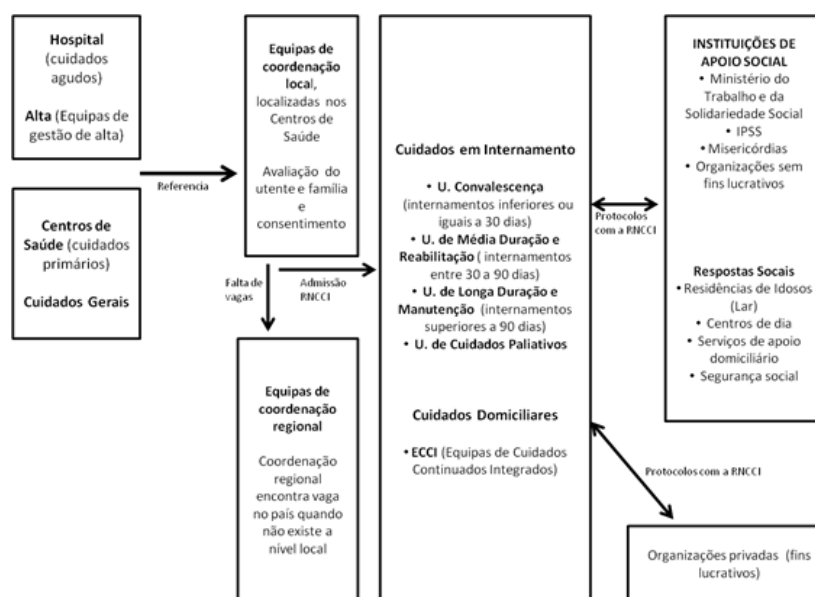
Os cuidados domiciliários referem-se aos cuidados de saúde e de apoio social prestados aos indivíduos nas suas casas, na casa dos familiares ou na comunidade e “podem incluir serviços de enfermagem de reabilitação, de segurança social, de saúde domiciliária, e outros serviços de longa duração” (Birchfield, 1999, p. 651). O conceito de cuidados domiciliários, à semelhança do conceito de LTC, também é entendido e praticado de maneira diferente na Região Europeia. Têm em comum os mesmos objetivos, que são responder de um modo satisfatório às necessidades de saúde e sociais das pessoas, mas na sua casa, proporcionando cuidados de saúde e sociais adequados e de qualidade. Mas o mosaico de realidades é tão diversificado na Comunidade Europeia que a investigação sobre este tipo de cuidados é por si só um desafio, no sentido de contribuir com evidência que torne este tipo de cuidados defensável (Tarricone & Tsouros, 2008).

Relativamente ao nosso país, os LTC não apresentavam envolvimento do setor público até há poucos anos atrás e eram principalmente fornecidos por cuidadores informais ou pelas Misericórdias, instituições independentes, sem fins lucrativos e com um fundo religioso. Contudo, a importância de apoiar os idosos dependentes tem sido identificada e reforçada pelos decisores políticos, ao longo das últimas três décadas, com expressão no aumento das respostas e na melhoria dos serviços prestados (Joël Joël, Kipppele & Samitca, 2010). A RNCCI é a resposta público-privada mais recente, no âmbito do apoio às pessoas em situação de dependência (Nogueira, 2009), pensada a partir da estrutura dos serviços existentes. Entre as facilidades e serviços disponíveis para os idosos, contam-se os centros de dia e lares de idosos, os serviços de apoio domiciliário e cuidados domiciliários integrados, as unidades de internamento de longa duração e cuidados paliativos, para além de outras respostas menos desenvolvidas como as residências protegidas e acomodação familiar (Joël, Kipppele & Samitca, 2010).

Os cuidados continuados integrados “incluem-se no Serviço Nacional de Saúde e no sistema de segurança social, assentam nos paradigmas da recuperação global e da manutenção, entendidos como o processo ativo (...) que se prolonga para além do necessário para tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva” (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, p.3858).

Num artigo sobre a visão geral do ambiente informal e institucional dos LTC em Portugal, Santana (2010) sublinha que foi a lacuna existente no Serviço Nacional de Saúde, até 2006, que levou à criação da RNCCI e elaborou um esquema que explica a organização dos serviços e os diferentes níveis de cuidados (Figura 2).

Figura 2: Organização dos serviços e níveis de cuidados nos LTC em Portugal



Fonte: Adaptado de Santana, S. (2010). Reforming Long-term Care in Portugal: Dealing with the Multidimensional Character of Quality.

Em síntese, podemos dizer que, em Portugal, os LTC estão organizados em dois tipos de respostas distintas, embora articuladas: as de âmbito social, na qual se incluem os centros de dia os lares de idosos e as unidades de internamento de média e longa duração e as unidades de cuidados na comunidade (UCC), com as respetivas equipas de cuidados continuados integrados (ECCI) orientadas para responder às necessidades crescentes de uma população cada mais envelhecida.

2.2. Envelhecimento Demográfico, Envelhecimento Humano e Dependência

O envelhecimento da população representa um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades modernas do século XXI, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2011), com reflexos socioeconómicos e impacto significativo tanto ao nível individual como no desenho das políticas sociais e de sustentabilidade.

As sociedades são constituídas por indivíduos jovens e menos jovens, mas é a alteração da relação entre os primeiros e os segundos ou o envelhecimento da população que cria preocupações e desafios. Na região europeia, a média de idades é das mais elevadas do mundo e é também a região do planeta onde é expectável que as

peças vivam mais anos. Com esperança média de vida de 72 anos para os homens e de 80 para as mulheres (INE, 2011), esta conquista da humanidade deveu-se, tanto à melhoria das condições de saúde, como à sua promoção, que implementadas em idades precoces, contribuíram e continuam a contribuir para que as pessoas vivam mais anos (Almeida, 2012). As projeções da OMS permitem antever que até 2050 a população com mais de 65 anos duplicará e nenhum grupo etário crescerá tão rápido como aquele que integra os indivíduos com 80 anos ou mais (WHO, 2012). A análise mais detalhada da evolução demográfica de alguns países confirma as projeções da OMS. Por exemplo, nos Estados Unidos da América, em 2009, a população com 65 e mais anos, representava 12,4% com perspectivas de que aumente para o dobro até 2025 (Nicholson, 2009). Na vizinha Espanha em 2010, a população de pessoas com mais de 65 anos era de 16,5% sendo previsível que atinja 30,8% até 2050 (Gutiérrez et al, 2010) e, no Canadá, nos dados do mesmo período revelados pela OCDE a população com mais de 65 anos representava, em 2011, cerca de 15% e destes, 3,5% tinham mais de 80 anos (OCDE, 2011).

Portugal não escapa a este fenómeno. Na última década, o envelhecimento da população sofreu um agravamento acentuado, como revelaram os Censos de 2011. Segundo essa fonte, a população com 65 e mais anos, naquela data, era de 19% e as regiões do Alentejo e Centro eram as mais envelhecidas, com percentagens a rondar os 24,3% e 22,5%, respetivamente. O índice de dependência total, ou seja, a relação entre a população jovem e idosa e a população em idade ativa, permite perceber o esforço que a sociedade exerce sobre a população ativa e, a menos que se verifique uma inversão da diminuição da natalidade, este indicador tenderá a agravar-se. O índice de dependência total aumentou de 48 em 2001 para 52 em 2011, agravamento que é resultado do aumento do índice de dependência de idosos que cresceu para cerca de 21% (INE, 2011).

Quanto ao envelhecimento humano, que é normal e fisiológico, pode ser definido como a soma das alterações que se produzem com o passar do tempo e que conduzem à deterioração funcional e à morte. O termo senescência é usado por alguns autores como sinónimo de envelhecimento, mas Almeida (2012) esclarece que é mais adequado reservá-lo para designar o estágio funcional das células e o termo envelhecimento para denominar o envelhecimento da pessoa no seu todo.

Quanto às pessoas deste grupo etário, várias têm sido as expressões para as designar. Segundo Mendes (2013) alguns países como o Reino Unido a Alemanha e a Irlanda, chamam-lhes cidadãos seniores, outros, como a Espanha, adotaram a terminologia de pessoas mais velhas ou pessoas de idade, a Itália e Portugal adotaram a expressão idosos. Comum a todas as designações é o facto de lhes estarem associados mitos e estereótipos que acabam por definir o seu lugar marginal na sociedade. Alguns desses estereótipos implicam a perceção de que todos os idosos são senis, débeis, não conseguem adaptar-se à mudança, não conseguem aprender e não são ativos (Birchfield, 1999). Num trabalho de pesquisa na Internet sobre os idosos em caricatura e *cartoons* de pessoas velhas (Lima & Grilo, 2012), encontramos um predomínio de estereótipos de orientação negativa associada à dependência das pessoas idosas, salientada tanto pela polimedicação e o consequente risco de segurança, como pela ideia de fragilidade generalizada. Evidenciaram-se também aspetos relacionados com a decadência psicológica, a incapacidade física e o isolamento social. A interpretação dos *cartoons* permitiu ainda concluir que a imagem que os mesmos fornecem das pessoas idosas é idêntica àquela que a sociedade apreende, porque é generalizante e pouco crítica e fomenta a “velhice”, que segundo Berger & Mailloux-Poirier (1995) é tão prejudicial como os aspetos relacionados com o racismo ou ao sexismo e distancia as pessoas da perspetiva holística, desejada para todos, mas, especialmente, para os idosos.

Apesar de estudado e descrito por teorias, biológicas, psicológicas e sociais, o processo do envelhecimento ainda não está totalmente compreendido e nenhuma das teorias referidas, conseguiu explicar integralmente, os motivos pelos quais ele é tão diferente de pessoa para pessoa. Existe, contudo, o consenso de que é um processo e, enquanto tal, decorre no tempo e em fases sucessivas e é multidimensional.

As teorias biológicas explicam-no a partir da disfunção do sistema imunológico e da programação genética, da disfunção celular e de modificações nas moléculas de ADN, e do controlo neuro endócrino da atividade genética (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). Perspetivado deste modo, o envelhecimento não deve ser considerado “uma doença mas um fenómeno biológico onde se exertam entidades clínicas” (Ameida, 2012, p.23), cuja incidência é evidente à medida que a idade avança. Como as causas de morte são as doenças e não o envelhecimento em si mesmo, fica sem explicação o

facto de as doenças aumentarem com a idade, o que, para Almeida (2012), se deve à fragilidade, ou seja, a suscetibilidade à doença que resulta do declínio das funções do organismo ou dos órgãos e das células que os compõem. Com o processo de envelhecimento existem alterações que são esperadas, que, em conjunto com os diversos problemas de saúde, são suscetíveis de causar perdas na autonomia e na funcionalidade das pessoas idosas que são sintetizadas no quadro 1.

Quadro 1: Alterações Relacionadas com o Processo de Envelhecimento e Doença Crónica

Aparelho ou Sistema	Alterações esperadas com a idade	Alterações por doença ou mal-estar crónico
Cardiopulmonar	Diminuição da capacidade vital, da força de bombagem do coração, do reflexo de tosse, da atividade ciliar e distensibilidade da parede torácica; Aumento da tensão sistólica em repouso, do risco de infeção pulmonar e de doença cardiovascular; Risco acrescido de arritmias;	Hipotensão ortostática, Redução da taquicardia reflexa.
Músculo-esquelético	Diminuição da mobilidade, estatura e postura; Redistribuição dos minerais ósseos e da massa muscular e da massa gordura;	Diminuição da força, rigidez articular, atrofia muscular e movimentos mais lentos.
Alterações cutâneas	Pela mais fina, seca e pálida; Menor vascularização, e diminuição do número de glândulas sudoríparas e sebáceas e menor controlo termorregulador; Aumento de incidência de calosidades	Tempo de cicatrização aumentado.
Neurológico	Diminuição da memória a curto prazo; Redução dos receptores sensoriais para a temperatura, dor e discriminação tátil; Reflexos mais lentos.	Diminuição do fluxo sanguíneo cerebral Diminuição do equilíbrio e coordenação.
Padrões de Sono	Mais tempo para adormecer e acordar mais vezes durante a noite; Menos sono REM.	Sestas curtas e frequentes durante o dia e no fim da tarde.
Função gástrica e intestinal	Diminuição da saliva e do suco gástrico, peristaltismo e absorção mais lentos.	Gastro paresia, disfagia e flatulência.
Função hepática	Diminuição do tamanho do fígado; Diminuição do metabolismo de fármacos e da síntese proteica.	Elevação dos níveis de enzimas hepáticas.
Renal	Diminuição da vascularização dos nefrónios, da filtração glomerular, da clearance da creatinina e da conservação do sódio; Ajustamento mais lento ao equilíbrio ácido-base.	Subida da ureia e da creatinina séricas.
Endócrino	Redução da secreção de insulina e da tolerância à glicose; Declínio da secreção de estrogénios e da produção de testosterona.	Hipoglicémia

Fonte: Hoeman, P. Shirley (2011). *Enfermagem de Reabilitação, prevenção, intervenção e resultados esperados*. 4ªed, Lusodidacta, Loures.

Na perspetiva psicossocial do desenvolvimento o período do envelhecimento é considerado um estágio. Como o ser humano é sobretudo um ser social e vive em grupo, deste sofre pressão e influência, desenvolve-se e integra competências, definindo ou redefinindo objetivos que correspondem a etapas ou estádios. O último estágio que Erikson designou *de integridade vs desespero* estava associado aos adultos mais idosos e centrava-se na aceitação de que a vida teve significado (Birchffild, 1999). Mais recentemente as teorias de “desenvolvimento psicológico no envelhecimento” têm procurado evitar cair na tentação de considerar a “velhice” como uma espécie de lugar vazio, onde nada existe e nada acontece (Fonseca, 2012) e defendem este período da vida, marcado por transformações e ajustamentos, como qualquer outro, ainda que, seja condicionado pelas trajetórias individuais de cada pessoa. Deste modo, o envelhecimento é percebido hoje como um “período do ciclo da vida em que a generalidade das características pessoais muda de forma relacionada entre si, orientando-se progressivamente para a construção de uma imagem de si mesmo como idoso” e distinta da imagem que habitualmente se tem de um adulto (Fonseca, 2012, p. 96).

Do ponto de vista de Maslow e Rogers, teóricos humanistas, a pessoa é vista como um todo. É única, autodeterminada, merecedora de respeito e orientada por uma variedade de necessidades universais independentemente da idade. E o processo de a pessoa se tornar adulta, plenamente funcionante e independente, requer ajuda, ao longo da vida, ajuda essa que é fornecida por aqueles que são significativos à própria pessoa (Birchffild, 1999).

Numa perspetiva salutogénica, o envelhecimento deverá ser pensado como um “processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida”. É uma parte do ciclo de vida e é desejável que se constitua uma oportunidade para que cada pessoa possa viver de forma saudável e autónoma o máximo de tempo possível, como sublinha a Direção Geral da Saúde (DGS). Estes desígnios implicam mudanças de comportamentos e atitudes tanto da população em geral como dos profissionais de saúde e dos campos de intervenção social, mas implicam igualmente ações integradas de modo a adequar os serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais que acompanham o envelhecimento (DGS, 2004, p. 3).

Relativamente à idade cronológica em que se considera que as pessoas passam à categoria de idosas, não existe consenso total, mas consideram-se idosos os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos (DGS, 2004). E, embora o limite de idade dos grupos que sustentam a análise do envelhecimento se situe nesta idade, a mesma em que ocorre a aposentação, na maior parte dos países da Europa, decorrente do aumento da esperança de vida e da maior longevidade das pessoas, houve necessidade de subdividir a categoria. Ao entrarem oficialmente no grupo dos idosos, ainda é expectável que a maioria das pessoas viva mais 20 ou 30 anos. Assim alguns autores destiguem três grupos distintos nos maiores de 65 anos: os jovens velhos, como aqueles que têm entre 65 e 74 anos, os velhos, que integram as pessoas entre os 75 e os 84 anos e os muito velhos, onde se incluem as pessoas com mais de 85 anos (Radwanski, 2011) e que são os principais potenciais recetores de cuidados

Ainda que com problemas de saúde e com incidência significativa de situações crónicas, a maioria dos idosos vive de forma independente (Birchfield, 1999). Mas para os grupos de idade mais avançada, a maior incidência de doenças e a capacidade de adaptação diminuída geram fragilidade e incapacidade, levando-os a depender de outros.

A incapacidade⁴, medida pela aptidão para realizar atividades básicas da vida diária (AVD), é um dos principais critérios para definir a necessidade de cuidados de longa duração, mas Jagger, Matthews, Lindesay, & Brayne (2011) relembram que usar apenas este critério como decisivo para requerer LTC é negligenciar todos os modelos conceituais do processo de dependência, a começar pela patologia ativa e esquecer os problemas de saúde por multimorbilidades, comuns das pessoas idosas, como as

⁴“O modelo médico considera a incapacidade como um problema da pessoa, causado diretamente pela doença, trauma ou outro problema de saúde, que requer assistência médica sob a forma de tratamento individual por profissionais. Os cuidados em relação à incapacidade têm por objetivo a cura ou a adaptação do indivíduo e mudança de comportamento (...). O modelo social de incapacidade, por sua vez, considera a questão principalmente como um problema criado pela sociedade e, basicamente, como uma questão de integração plena do indivíduo na sociedade. A incapacidade não é um atributo de um indivíduo, mas sim um conjunto complexo de condições, muitas das quais criadas pelo ambiente social. (...)” A Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF) “baseia-se numa integração desses dois modelos opostos para se obter a integração das várias perspetivas de funcionalidade utilizadas na abordagem “biopsicossocial”(CIF, 2004, pp. 21-22).

doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, os problemas sensoriais (visão e audição), a artrite, a incontinência urinária, a demência e depressão, que são as principais causas de dependência num número significativo de pessoas com idade muito avançada e que são quem mais procura cuidados de longa duração (Jagger, Matthews, Lindesay, & Brayne, 2011).

A incapacidade e morbilidade são, deste modo, descrições de estados de saúde com dimensões múltiplas que conduzem à perda da independência e à necessidade de ajuda no autocuidado⁵, operacionalizado pela limitação no desempenho das atividades básicas de vida diária e definido como a dificuldade auto referida de realizar qualquer uma das seguintes ações: transferências; tomar banho, realização de pensos, alimentação, higiene pessoal e gestão da continência (Mot & Willemé, 2012).

Assim, “envelhecer com saúde, autonomia e independência⁶, o mais tempo possível”, constitui um desafio à responsabilidade individual e à responsabilidade dos países. As pessoas idosas, ativas e saudáveis, para além de se manterem autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias, comunidades e economias e uma boa saúde é essencial para que as mais idosas possam manter uma qualidade de vida aceitável (DGS, 2004).

⁵ Auto cuidado é “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida” (OMS /DGS 2004).

⁶ **A saúde:** conceito positivo, que valoriza os recursos sociais e individuais, assim como as capacidades físicas.

Autonomia: capacidade percebida para controlar e lidar com as situações do dia-a-dia e tomar decisões de acordo com as próprias regras e preferências.

Independência: capacidade para realizar funções relacionadas com a vida diária – ou seja, a capacidade de viver de forma independente na comunidade, sem ajuda ou com pequena ajuda de outrem. (Cf. WHO. *Active Ageing, A Policy Framework*. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April, 2002).

Funcionalidade: termo relacionado como os anteriores que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação. A funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa são concebidas como uma interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, traumas, etc.) e os fatores contextuais ou meio em que a pessoa vive. Os componentes da funcionalidade podem ser utilizados para indicar problemas (como a incapacidade, limitação da atividade ou restrição de participação) ou podem indicar aspetos não problemáticos da saúde e dos estados relacionados com a saúde (CIF, 2004).

Numa visão prospetiva e pretendendo antecipar-se às realidades sociais emergentes, no País e no contexto europeu, a Direção Geral da Saúde (DGS) apresentou em 2004 Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004 – 2010), onde reconhecia que o modelo atual de prestação de cuidados de saúde estava ainda organizado para responder mais aos episódios agudos de doença e menos às necessidades de saúde de uma população envelhecida e definiu como pilares fundamentais, a promoção do envelhecimento ativo, ao longo de toda a vida; a maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas e a promoção e desenvolvimento de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas, tendo recomendado atenção especial às pessoas mais idosas, vulneráveis e frágeis, como sendo as que apresentam alterações sensoriais, desnutrição, risco de quedas, incontinência de esfíncteres e dificuldades em gerir o seu regime terapêutico.

A OMS, naturalmente preocupada com a adequação dos sistemas de saúde e dos LTC ao envelhecimento da população, definiu em 2012 como intervenções prioritárias a prevenção de quedas, a promoção da atividade física, a vacinação da gripe e a prevenção de infeções em contexto de cuidados de saúde e o desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde e sociais na área dos cuidados geriátricos e gerontológicos e reconheceu que existe uma lacuna importante de conhecimentos de geriatria nos clínicos gerais e nos outros profissionais de saúde e falta de profissionais especializados e treinados, inexistências que têm tradução significativa na qualidade dos cuidados prestados (WHO, 2012).

2.2.1. Provisão de cuidados e responsabilidades

Atualmente, a prestação de LTC está incluída numa mescla de cuidados de saúde e de apoio social pertencentes a setores distintos, em que a fronteira entre estas duas componentes dos cuidados é difícil de discernir. Por outro lado, a maioria dos Estados-Membros fornece algum tipo de LTC relacionados com "prestações pecuniárias" - os chamados "cash-for-care" - que também podem ser usados para pagar serviços prestados principalmente pelo setor privado ou por cuidadores informais (Lipszyc, Sail & Xavier, 2012).

As tendências futuras sobre a dependência das pessoas idosas e a velocidade com que as populações envelhecem não são totalmente previsíveis, mas são conhecidas algumas transformações demográficas e sociais, como a redução do tamanho e da configuração das famílias, a crescente participação feminina no mercado formal de trabalho, que podem contribuir para um declínio na disponibilidade de cuidados por parte da família, cuja consequência é a necessidade de aumentar os cuidados pagos.

Segundo os relatórios da OCDE, neste cenário, é possível prever o aumento da procura dos LTC com expressão nas políticas de vários países, que estão a adotar uma cobertura universal, sem descurar a importância de que essas políticas representam no equilíbrio delicado entre a equidade e a sustentabilidade fiscal (Colombo & Mercier, 2011).

Tradicionalmente, as necessidades de cuidados de longa duração, sobretudo no sul da Europa, eram asseguradas na esfera privada e suportadas pela rede da família e vizinhos. No nosso país, estas redes de “interconhecimento e reconhecimento mútuo de interajuda”, baseadas em laços de parentesco e de vizinhança, numa “lógica de reciprocidade semelhante à da relação de dom estudada por Marcel Mauss”, eram tão importantes e significativas que Sousa Santos (1995, p. 1) comparou-as ao estado de previdência, dando-lhes um nome idêntico, já que, na “sociedade de providência”, os grupos sociais trocavam bens e serviços de modo informal, mas essenciais ao bem-estar das pessoas. Ainda assim, as transformações demográficas e sociais já referidas obrigaram os decisores políticos a desenhar e implementar políticas consentâneas com a realidade do país.

Não admira, por isso, que os LTC no nosso país sejam caracterizados por uma tendência acentuada para desinstitucionalização, eventualmente associada à heterogeneidade das necessidades e à perceção negativa dos cuidados institucionais, que terão marcado as decisões políticas, continuando a deixar a grande responsabilidade dos LTC às obrigações familiares (Joël; Dufour-Kippelen, & Samitca, 2010).

Esta tendência é igualmente observada em matéria de distribuição dos recursos económicos. Em média, os 27 países da Europa atribuem entre 1,5% e 1,8% do seu produto interno bruto (PIB) aos LTC e alguns países despendem mais de 2%, como, por

exemplo os Países Baixos, Suécia, Dinamarca e Noruega. No outro extremo, encontram-se os países com valores consideravelmente mais baixos, como Portugal e Hungria, com menos de 0,5% (Lipszyc et al., 2012, Colombo & Mercier, 2012). Apesar destas diferenças, está estimado que a procura futura dos LTC formais aumente nos países da OCDE-EU para pelo menos o dobro, até 2050, com gastos que devem subir para 2,9%, no pior cenário (Trig, 2011).

Não surpreende, por isso, que os governos continuem a procurar formas de reduzir a procura de LTC formais, ou pelo menos reduzir a opção mais cara, que são os cuidados residenciais. Contudo, Mot & Willemé (2012) alertam que a desinstitucionalização dos LTC tem limites, pois, ainda que alguns cuidados informais possam ser eficientes e menos onerosos face à necessidade crescente de LTC (e no nosso caso de Portugal à contenção orçamental que o país atravessa), essa fonte de cuidados não pode ser considerada uma solução, quando os graus de dependência dos idosos são muito elevados, porque, nessas circunstâncias, as pessoas são melhor assistidas em lares do que em contexto de cuidados domiciliários.

Segundo Santana (2010), os LTC, no nosso país, são maioritariamente cuidados informais ou dispensados com financiamento privado. Esta investigadora identificou, em 2006, cerca de 5.596 entidades proprietárias de equipamentos sociais, 72,7 por cento eram organizações sem fins lucrativos, a esmagadora maioria IPSS ou com estatuto idêntico. A resposta social que mais cresceu foi o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) que teve uma taxa de crescimento 75,5%. A Segurança Social é a única responsável por reger as respostas dirigidas especificamente à população idosa no “sistema português”, assumindo uma dupla função: a de financiar e a de supervisionar as respostas dirigidas a esta população, embora a coordenação assistencial diga respeito à concertação de todos os serviços relacionados com a saúde (Martin & Brandão 2012, p.275-276).

Quanto à tipologia dos serviços, segundo o relatório da *European Network of Economic Policy Research Institutes* (ENEPRI), elaborado no contexto do projeto *Assessing Needs of Care in Europe Nation* (ANCIEN), a oferta de LTC formais, em Portugal está centrada em três tipos de serviços principais: os serviços de cuidados domiciliários, que são a resposta social que oferece atendimento individualizado e personalizado em casa da pessoa quando ela não pode gerir sozinha, de modo

temporário ou permanente, as necessidades básicas ou realizar as atividades da vida diária, e cuidados de saúde domiciliares, prestados por centros de saúde, mas com atividade quase residual, comparada com os prestadores do setor privado, sem fins lucrativos, que são financeiramente apoiados pelo Estado; os Centros de dia, que têm por finalidade ajudar o indivíduo a permanecer no seu contexto sócio familiar por tanto tempo quanto possível, e que se constituem como uma alternativa aos cuidados institucionais (cf. Carta Social, 2000), mas nos quais as formas de cuidado não têm sido a resposta mais adequada, apesar do investimento financeiro substancial. A quase totalidade destes estabelecimentos, pertence ao setor privado sem fins lucrativos, mas tem acordos com os centros de segurança social; e os lares de idosos, estruturas que oferecem suporte através de alojamento coletivo, refeições, cuidados de saúde e atividades de lazer e que aumentou significativamente nos últimos anos. Em 1998, apenas 2% da população com 65 anos ou mais tinha lugar neste tipo de equipamento e, em 2006, os utilizadores deste recurso eram de 61.313. No entanto, e embora os de lugares disponíveis tenham sofrido um aumento muito expressivo, face ao número crescente de pessoas idosas ainda há escassez de lugares, com listas de espera que persistem, particularmente para as instituições de baixo custo, sem fins lucrativos, onde as famílias pagam de acordo com suas possibilidades (Joël; Dufour-Kippelen & Samitca, 2010).

Segundo o mesmo relatório e dados de 2006, para o grupo dos idosos com idade igual ou superior a 75 anos, a taxa de cobertura em lar e centro de dia é semelhante, embora com uma ligeira vantagem para a primeira, 7,7 contra 7,4, mas é, sobretudo, ao nível dos serviços de cuidados domiciliários que existe a maior resposta, onde a taxa de cobertura para o mesmo grupo é de 9,5%.

Com as reformas dos últimos dez anos, a implementação e consolidação dos serviços anteriormente desenvolvidos, o relatório sublinha a preocupação e atenção dada, não apenas no aumento dos serviços, mas também a sua qualidade, onde a RNCCI é o expoente dessas reformas.

A RNCCI tem como missão fornecer vários serviços, coordenados de acordo com o nível de dependência e atender tanto as necessidades de assistência em cuidados de saúde como necessidades de natureza social e tem como objetivos promover a autonomia individual e fortalecer as competências familiares, priorizando

as oportunidades para que os idosos permaneçam em casa. Nesta rede, composta por instituições públicas e privadas, a prestação de cuidados a pessoas dependentes (e não apenas idosos) inclui serviços comunitários, hospitais e centros de saúde. A criação de unidades de cuidados de longa duração e cuidados paliativos também é enfatizada e deverá ser progressivamente alargada até 2016. Com a criação e implementação da rede de cuidados continuados registou-se igualmente um aumento significativo no número de unidades domiciliárias de enfermagem. Os cuidados de longa duração também são fornecidos nos de lares de idosos, mas com uma lógica e “políticas que estão mais associadas à perspetiva médica e menos focada na integração social do idoso dependente” (Joël; Dufour-Kippelen & Samitca, 2010, p.7).

A necessidade de melhorar a qualidade do atendimento nestes contextos tem sido sentida como prioritária, especialmente em lares de idosos. Os problemas associados a estes equipamentos têm sido persistentes no debate público e político, ao longo dos últimos anos, e têm originado programas governamentais não só para aumentar o seu número, mas também para facilitar as inspeções sistemáticas e melhorar a qualidade do atendimento em enfermagem (Joël; Dufour-Kippelen & Samitca, 2010).

Segundo um relatório da Comissão Europeia (2008), existem objetivos comuns aos cuidados de saúde e aos LTC e os Estados-Membros assumiram o compromisso de providenciar tanto uns como outros de alta qualidade, acessíveis e sustentáveis e adequados, garantindo o acesso universal a ambos. O mesmo relatório salienta que a necessidade de cuidados não deverá levar à pobreza ou à dependência financeira e que as desigualdades no acesso aos cuidados e resultados em saúde sejam abordadas, tal como a qualidade, tanto nos cuidados de saúde como nos de longa duração. Para tal, os cuidados deverão ser adaptados às necessidades e preferências das pessoas e incluir o desenvolvimento de cuidados preventivos, designadamente através do desenvolvimento de normas qualidade que reflitam as melhores práticas internacionais e no reforço da responsabilidade dos profissionais de saúde e dos utentes e beneficiários dos cuidados (Comissão Europeia, 2008).

Na provisão e responsabilidades as questões da qualidade em contexto de LTC é também salientada pela OMS, segundo a qual, quem recebe os cuidados, tem expectativas de qualidade elevadas tanto para os cuidados de saúde, como para os de

apoio social com fundos públicos, incluindo suporte para cuidados informais (WHO, 2012).

2.2.2. A qualidade nos cuidados de longa duração

A qualidade nos LTC e a sua garantia são defendidas pela Comissão Europeia (2008) como fundamentais na sustentabilidade financeira destes recursos. Segundo a mesma comissão, os caminhos para o seu uso racional passam por incentivos adequados aos utilizadores e provedores e pela boa governança e coordenação entre os sistemas de cuidados. A longo prazo, a comissão defende como fundamentais da sustentabilidade, a qualidade, mas também a promoção da saúde e de estilos de vida ativos que retardem a necessidade de cuidados e a captação de recursos humanos. E, “para assegurar a qualidade dos cuidados prestados, o uso de indicadores-padrão como, por exemplo, o número de efetivos e a formação adequada” (Comissão Europeia, 2008).

Nos LTC, a força de trabalho é garantida, sobretudo, por mulheres que trabalham a tempo parcial e com menos horas por semana do que noutros setores da economia (Tjadens & Colombo 2011). Segundo estes investigadores, são justamente a escassez de pessoal e as condições deficitárias no local de trabalho e ainda a falta de reconhecimento do seu valor, que aliadas a más práticas de gestão de cuidados, estão identificadas como algumas das razões para o *burnout* dos enfermeiros, na europa. Estes, embora valorizem individualmente o seu trabalho nestes contextos, reconhecem também que é física e psicologicamente exigente, fatores que, segundo Tjadens & Colombo (2011), estimulam a alta rotatividade dos profissionais, encarecem os cuidados e podem contribuir para a baixa produtividade e qualidade.

Por outro lado, a escassez de enfermeiros a nível global também tem contribuído para a falta de pessoal nestes contextos, podendo mesmo intensificar-se. Previsões, que poderão estar relacionadas tanto com a competição entre os países e a possibilidade de outras regiões e contextos atraírem os profissionais, como pela falta de perspetivas de formação específica e más condições de trabalho nos LTC (Tjadens & Colombo, 2011). As más condições de trabalho, essas, segundo Spilsbury et al. (2011), podem estar associadas ao facto de estes contextos de cuidados terem sido

considerados, durante muito tempo, os parentes pobres dos serviços de saúde, porque são prestados fora dos hospitais.

Na maioria dos países da OCDE, este setor emprega uma parcela relativamente pequena da população em idade ativa (estimada em 1,5%) mas Tjadens & Colombo (2011), sustentam que existem razões para supor que a expansão dessa força de trabalho é muito necessária e é possível, mas requer uma aposta forte no recrutamento e na retenção de profissionais nestes contextos. Esta é também a opinião do grupo responsável por identificar as necessidades de formação em cuidados continuados integrados no nosso país (Santos, Cotovia & Pacheco, 2011, p.38) que, no relatório final, defendem a necessidade de “atrair profissionais de saúde jovens para a Rede (...) enquanto organização que presta cuidados de saúde centrais na nossa sociedade” e de os “vincular à cultura e missão da Rede”, assegurando que as suas práticas são balizadas pelos princípios da autonomia, da responsabilização e da recompensa baseada no mérito. Referem, ainda, que a participação em ações e iniciativas prestigiantes, suscetíveis de conferir reconhecimento interno e externo, são fundamentais (Santos Cotovia & Pacheco, 2011), requerendo, para tal, dinâmicas que tornem compatíveis o desenvolvimento da produtividade com a melhoria das condições de trabalho (Tjadens & Colombo, 2011).

Nos últimos anos, a especificidade destes contextos de cuidados tem requerido mais atenção dos investigadores e a fraca qualidade da assistência e dos cuidados tem sido atribuída a um número insuficiente de horas de cuidados de enfermagem e a habilidades insuficientes dos outros prestadores de cuidados (Spilsbury et al., 2011).

No domínio da sua responsabilidade profissional e dando cumprimento ao desígnio da sua missão, a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2009) elaborou um documento de suporte à tomada de decisão dos enfermeiros, na implementação da RNCCI, salvaguardando que cada unidade faça o seu cálculo, em função da lotação própria e da taxa de ocupação. Ainda assim, considera que, para as unidades de Convalescença e Média Duração e Reabilitação, as horas de cuidados necessários por dia e por utente (HCN/utente/dia) devem calcular-se no intervalo entre 3.79 a 5.38 horas e para as unidades de Longa Duração e Manutenção, as HCN/utente/dia, devem calcular-se no intervalo que varia entre 3.79 a 3.27 horas (OE, 2009).

Em relação aos equipamentos da tipologia de lar é a Portaria nº 67/2012 de 21 de Março, que define os recursos de cuidados de enfermagem considerados adequados. Segundo esta portaria, é necessário “um enfermeiro (a), por cada 40 residentes” (artº 12, nº1, alínea b) e acrescenta no número 3 da referida portaria *“Sempre que a estrutura residencial acolha idosos em situação de grande dependência os rácios de pessoal de enfermagem, são os seguintes: Um(a) enfermeiro(a), para cada 20 residentes”*.

A questão da qualidade tem preocupado a OMS, que identificou já há alguns anos a sua importância. Salientou como requisitos para a construção de uma estratégia de qualidade a liderança, cerne de todo o processo pois, sem ela, as iniciativas de qualidade não obtêm os resultados desejados; a informação, fundamental para que as partes interessadas tenham acesso ao que se pretende mudar; o envolvimento do utilizador dos cuidados e da comunidade, em que o utilizador que vai beneficiar dos cuidados estará a trabalhar em parceria com os profissionais de saúde para gerir os seus próprios cuidados; os regulamentos e normas, frequentemente considerados como fundamentais na melhoria da qualidade dos sistemas de saúde, porque permitem clarificar a política de intervenções, fixar padrões e a monitorizar a adesão, a inspeção e a certificação, facilitando, também, a adesão com a evidência e, por fim a capacidade organizacional e os modelos de cuidados, que refletem o que é entendido no presente, como a melhor prática para a prestação de cuidados de saúde, em geral, e para grupos específicos da população, com necessidades comuns (pessoas com doenças crónicas) ou com características comuns, como, por exemplo, os idosos (WHO, 2006).

A garantia de qualidade e a aplicação de padrões de qualidade em cuidados de longa duração começou nos Estados Unidos da América, há alguns anos, e tem ganho uma atenção crescente e que se estendeu à União Europeia onde os políticos e decisores tem tido a preocupação de apoiar medidas promotoras da qualidade dos serviços de apoio social de uma forma mais sistemática (Hoffmann & Leichsenring, 2011).

Enquanto característica intrínseca do bom, a qualidade pode ser concebida como uma construção social que depende de valores e categorias cognitivas de cada pessoa em particular, mas pode também ser entendida como a excelência, um valor

absoluto ou norma daquilo que é melhor ou produzido para atingir o mesmo objetivo (Nies et al, 2010). Estes investigadores consideram, ainda, como característica da qualidade, a impossibilidade de ser avaliada por si só, sendo mandatário avaliá-la em relação à finalidade ou finalidades e ao bem considerado que deverá cumprir. Por isso, a qualidade dos cuidados, segundo Donabedian está garantida, quando estes são eficazes e são capazes de produzir o efeito esperado, quando são eficientes e produzidos de maneira impecável, livres de negligência, ou ainda quando a solução fornecida corresponde ao estado da arte (Nies et al, 2010).

Embora existam instrumentos que avaliam a qualidade dos cuidados, normalmente designados por indicadores, a qualidade depende também da forma como cada um perspetiva os cuidados e o trabalho de cuidar. O cuidado, enquanto serviço especial prestado aos humanos, deve perseguir algumas características: “o processo da produção e do consumo não podem estar separados; a duração do trabalho é parte integrante do resultado; o relacionamento interpessoal e as emoções mútuas que estão associados, são parte integral dos bens que são trocados; e a relação entre o prestador de cuidado e o consumidor é frequentemente caracterizada pela dependência do último (Nies et al., 2010, p. 7-8.).

Para medir a qualidade em cuidados de saúde, Donabedian (referido por Vaarama et al., 2008), fez a distinção entre indicadores de estrutura, de processo e de resultado, mas a distinção entre os dois últimos nem sempre é clara. Os indicadores de processo representam o conteúdo das ações e procedimentos invocados pelo prestador, em resposta à condição avaliada de quem recebe os cuidados. No contexto específico dos LTC, “a qualidade do processo inclui aquelas atividades que acontecem com e entre os profissionais de saúde e os residentes” e “as medidas de resultado representam a aplicação desse processo” (Nies et al., 2010, p. 7). Para serem considerados de qualidade, os cuidados deverão ainda ser economicamente sustentáveis, o que exige legitimidade, aceitação e igualdade, reconhecendo-se também como fundamentais a dimensão ética e a dimensão política dos cuidados. Os mesmos autores salientam, ainda, que os cuidados são de má qualidade quando a sustentabilidade dos mesmos é percebida como injusta.

Do trabalho desenvolvido pelo European Centre for Social Welfare Policy and Research, nesta matéria, ficou a evidência de que o mosaico de modelos de

organização dos cuidados de longa duração condicionou o desenvolvimento de padrões de qualidade, que acabaram por ficar centrados sobretudo nas atividades práticas, embora estas estejam relacionadas com as estruturas e os processos. O desempenho económico e as questões de liderança foram também domínios usados para definir, medir e avaliar a qualidade dos resultados nestes contextos, mas a importância maior foi dada aos cuidados de enfermagem e à qualidade de vida dos utentes (PROGRESS, 2010).

Na tabela 1 apresentam-se não a totalidade mas alguns dos indicadores e respetivos domínios que considerámos mais significativos para a qualidade dos cuidados dispensados às pessoas idosas nos LTC.

Tabela 1: Lista dos principais indicadores de qualidade dos cuidados dispensados às pessoas idosas e respetivos domínios

Indicador	Domínio
Tempo médio de cuidados diretos por dia e por residente	Processo de Cuidados
Percentagem de residentes com úlcera por pressão de categoria 2-4 adquiridas no atual contexto de cuidados.	Qualidade e segurança dos cuidados
Percentagem de residentes que sofre de intertrigo	Qualidade e segurança dos cuidados
Percentagem de residentes em que foi reportado um erro de medicação nos últimos 30 dias	Qualidade e segurança dos cuidados
Percentagem de residentes com perda significativa de peso no último mês e que não foi acordada no plano de tratamento.	Qualidade e segurança nos cuidados (gestão do risco)
Percentagem de residentes com sintomas de desidratação	Qualidade e segurança nos cuidados (gestão do risco)
Percentagem de residentes que teve um incidente de queda nos últimos 30 dias	Qualidade e segurança nos cuidados
Percentagem de residentes que exibiram comportamentos desafiadores para com os membros da equipe e / ou outros residentes nos últimos sete dias	Qualidade e segurança nos cuidados
Percentagem de residentes em que foi necessário usar a restrição física nos últimos sete dias.	Qualidade e segurança nos cuidados, competência da equipa
Percentagem de residentes com incontinência urinária há pelo menos uma semana.	Qualidade e segurança nos cuidados
Percentagem de residentes com cateter urinário de longa duração inserido há mais de 14 dias.	Qualidade e segurança nos cuidados
Percentagem de residentes que sofreram de dor nos últimos 30 dias.	Qualidade e segurança nos cuidados
Percentagem de residentes com terapêutica anti-depressiva	Qualidade e segurança nos cuidados
Percentagem de residentes que estão satisfeitos com os seus cuidados pessoais	Saúde e bem-estar
Percentagem de residentes com contraturas	Qualidade e segurança nos cuidados
Percentagem de residentes acamados	Qualidade e segurança nos cuidados
Percentagem de residentes com alimentação enteral (entubação mesogástrica ou PEG)	Qualidade e segurança nos cuidados
Percentagem de residentes com uma avaliação da capacidade para se alimentar de forma independente e ou riscos relacionados	Qualidade e segurança nos cuidados
Percentagem de residentes que se sentem emocionalmente apoiados na gestão dos seus sentimentos de perda	Qualidade de vida, gestão das perdas
Percentagem de funcionários que se sentem emocionalmente apoiados em lidar com perda constante e luto no local de trabalho	Qualidade de vida, gestão das perdas
Percentagem de residentes que sentem que o pessoal da unidade conhece a sua história de vida.	Qualidade de vida, gestão da identidade
Percentagem de familiares ou pessoas significativas que se sentem acolhidos e bem-vindos à residência de idosos.	Qualidade de vida, sentido de comunidade
Percentagem de residentes que sentem que os seus direitos são reconhecidos e respeitados.	Qualidade de vida, decisões partilhadas
Percentagem de funcionários que sentem que correm riscos informados nos cuidados aos residentes.	Qualidade de vida, decisões partilhadas
Percentagem de funcionários que concordam com a afirmação de que os registos são mantidos atualizados	Qualidade dos cuidados qualidade de vida
Percentagem de residentes que sente que os funcionários são seus amigos.	Qualidade de vida, sentido de pertença
Percentagem de residentes que sentem protegidos e seguros com os cuidados	Qualidade de vida, sentido de segurança
Percentagem de residentes que sentem que não há pessoal suficiente para responder às suas necessidades	Qualidade de vida
Percentagem de residentes que sente que a sua saúde é promovida para otimizar a sua qualidade de vida	Qualidade de vida, Promoção da saúde

Fonte: PROGRESS (2010). Measuring Progress: Indicators for care homes

Uma análise mais detalhada dos indicadores que integram o documento permite salientar, que a qualidade, nestes contextos de cuidados, reflete não apenas o resultado dos cuidados de enfermagem, mas igualmente o processo de cuidar, enquanto interação entre quem cuida e quem é cuidado, expressa por alguns indicadores, como a percentagem de residentes que se sentem emocionalmente apoiados na gestão dos seus sentimentos e a percentagem de funcionários que se sentem emocionalmente apoiados com a perda no luto, contantes no seu local de trabalho (PROGRESS, 2010).

Entre nós, a qualidade dos LTC é avaliada a partir do “Modelo para Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento e Outras Respostas de Cuidados às Pessoas Idosas e Pessoas em Situação de Dependência”, desenvolvido a partir da Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005, de 7 de Abril, ao criar a Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às pessoas nas situações já referidas. A comissão tinha por objetivo, entre outros, propor um modelo de intervenção para os cuidados de saúde dirigidos a estes grupos específicos e o modelo desenvolvido tem como filosofia a melhoria contínua da qualidade e está relacionado com “a natureza e especificidade dos cuidados a prestar e a situação de fragilidade dos cidadãos seus destinatários”. Considera “sete critérios dos quais quatro são meios e três são resultados” (p.3) e pretendia funcionar como referência no desenvolvimento de uma cultura da qualidade e segurança em todos os níveis da prestação dos cuidados. Reconhece também a prestação de cuidados de saúde como um processo chave”, onde estão incluídos os cuidados de enfermagem que, de acordo com os níveis de exigência do modelo, são de nível A, ou seja aqueles que “O Serviço/Estabelecimento deverá obrigatoriamente cumprir os requisitos estabelecidos” (Ministério da Saúde e Instituto Português da Qualidade, 2005, p.33). A coordenação da assistência, nestes contextos, diz respeito à concertação de todos os serviços relacionados com a saúde, mas, no nosso sistema, como referem Martin & Brandão (2012) “a Segurança Social é a única responsável por reger as respostas dirigidas especificamente à população idosa”, assumindo a dupla função de financiar e de supervisionar as soluções dirigidas aos mais velhos (p.275-276), o que pode gerar alguns constrangimentos com repercussões na qualidade e na segurança dos cuidados.

Os cuidados inseguros aumentam o hiato entre os resultados possíveis e os alcançados. Na definição de qualidade adotada por Donabedian, já referido, os cuidados inseguros expressam-se pelo aumento do risco de danos desnecessários ao utente e podem ter impacto negativo nos resultados dos cuidados de saúde. Também preocupada com a qualidade dos cuidados de enfermagem, a OE (2009) afirma que, em cuidados continuados, ou qualquer contexto, os enfermeiros/as portuguesas devem nortear a sua prática por padrões de qualidade, como a “satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem”. Nestes contextos, é esperado que os cuidados prestados pelos enfermeiros e enfermeiras, contribuam para aumentar os recursos internos das pessoas em situações de dependência bem como os do elemento ou elementos da família a quem prestam cuidados, “ajudando-os a lidarem com os desafios e com as transições, sustentados pela relação terapêutica, com o propósito de aumentar a saúde e o bem-estar” (OE, 2009 p.15), onde o tempo dispensado em cuidados diretos é parte integrante do processo e está intimamente associado à segurança dos cuidados.

A associação entre os rácios, a segurança dos utentes e os resultados dos cuidados tem sido salientada por vários investigadores. Segundo Ausserhofer et al. (2013), não existe consenso a nível internacional sobre aquilo que são consideradas as dotações seguras, mas reconhece-se que os números adequados de pessoal são aqueles que vão ao encontro da complexidade e das necessidades dos clientes na sua situação de cuidados (ICN, 2006). A experiência de algumas décadas de investigação, nos Estados Unidos da América, salienta a certeza de que a qualidade dos cuidados de enfermagem nos LTC é impossível de alcançar sem a preocupação e a obrigação de serem garantidas dotações seguras e ambientes adequados de prestação de cuidados (Aiken, et al., 2013). Um estudo recente (Harrington, 2013) com vista à reforma destes cuidados, no estado de Massachusetts, considera que para *Registered Nurses* (enfermeiras qualificadas com pelo menos três anos de formação, uma vez que existem, vários níveis de formação) os rácios de 0,31horas por dia e por residente apenas permitem níveis de qualidade 50% considerados como mínimos e rácios de 1.8 horas são considerados indispensáveis se forem considerados níveis de qualidade de 75%. O mesmo estudo considera ainda que a complexidade cada vez maior destes

contextos requer rácios de 3.3 horas de cuidados de enfermagem por dia e por residente pois apenas estes poderão garantir níveis de qualidade de cuidados de 90%.

Em Portugal, e nos equipamentos RNCCI, é a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) que, em articulação com as unidades e ou equipas prestadoras, tem competência para monitorizar e avaliar os processos e os resultados e a da atividade prestada (UMCCI, 2012). Segundo o Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), a atividade assistencial na RNCCI, tem em conta os objetivos terapêuticos e as especificidades de cada equipamento, mas “Evolução da Autonomia Física” a “Alta com obtenção dos objetivos terapêuticos”, a “Prevalência de quedas”, a “Prevalência de úlceras de pressão”, e “Avaliação de Dor”, são critérios usados para monitorizar a qualidade da assistência nestes contextos de cuidados (UMCCI, 2012).

O Relatório Final da Implementação e Monitorização da RNCCI (UMCCI, 2013), refere ainda que foram usados para avaliação da qualidade, dois tipos de referenciais: um que avaliou “a prestação de cuidados de saúde e reabilitação e serviços aos utentes, de acordo com a respetiva tipologia e filosofia dos cuidados, nas vertentes de acesso e continuidade de cuidados e serviços, plano individual de intervenção, gestão do processo de cuidados e da informação e comunicação com a/o utente, direitos e promoção da autonomia, cuidados ao utente e serviços”. A partir deste referencial, o grau de cumprimento é de 80% (p.71). O outro, destinado a avaliar “a organização e funcionamento da unidade ao nível da melhoria, recursos, instalações e funcionamento” nas vertentes de organização, garantia da qualidade, medicação, recursos humanos, instalações e equipamentos, segurança das instalações e controlo de infeção e gestão de resíduos, teve um grau de cumprimento de 78%. Face a estes valores, e como é referido pelo relatório, “a prestação de cuidados continuados de internamento cumpre com as normas da qualidade previstas” (p.71-72) e “o acesso dos utentes aos cuidados nestes contextos é equivalente ao acesso a cuidados de saúde de qualidade (2013, p.79).

Outros documentos, como o “Manual de gestão da qualidade para cuidados continuados integrados” (IPQ, 2008), desenvolvido a partir do projeto “Qual_Idade” (2004) com fundos da União Europeia, numa parceria com o Instituto Português da

Qualidade e da união das Misericórdias de Lisboa, sublinha também a importância de aprender com as experiências de outros países que já desenvolveram esforços e encontraram soluções de qualidade, como mobilizar parceiros estratégicos capazes de construir instrumentos. Contudo, segundo o documento em questão, a União das Misericórdias Portuguesas apresentou reservas sobre a divulgação e disseminação dos produtos desenvolvidos e sobre a sua incorporação nas práticas das organizações e embora concorde com o documento, entende que são necessários “ajustes e adaptações” (IPQ, 2008, p. 7), denunciando um processo que ainda está em curso.

3. DESENHO DO ESTUDO E MÉTODOS

A escolha dos métodos depende da natureza do fenómeno, dos objetivos do estudo e da questão de partida. Ao questionarmos “como se expressa e define o cuidar de enfermagem nos cuidados de longa duração”, aproximamos este estudo de uma conceção exploratória e interpretativa próprias das metodologias compreensivas. Carvalho (2009) refere que a ciência interpretativa, embora descritiva, não se limita a estabelecer os factos, mas interpreta também o sentido das intenções e das ações com a expectativa de que as descobertas transmitam mensagens que valem por si (Stake, 2009). O estudo de caso é uma das formas desses desenhos de pesquisa, apropriado quando se pretende estudar em profundidade um grupo, no sentido de verificar a constância ou repetição do mesmo fenómeno (Carvalho, 2009). A característica que melhor o define é o facto do plano de investigação envolver o estudo intensivo e detalhado de uma entidade bem definida ou “caso” que nesta pesquisa foram os “Cuidados de Longa Duração”. Yin (2001, p.32), precisa com clareza que “o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenómeno (...) especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto não estão claramente definidos” e em que são usadas, múltiplas fontes de recolha da informação. Trata-se, portanto, de uma pesquisa holística que visa a compreensão do fenómeno na sua unicidade (Coutinho, 2011).

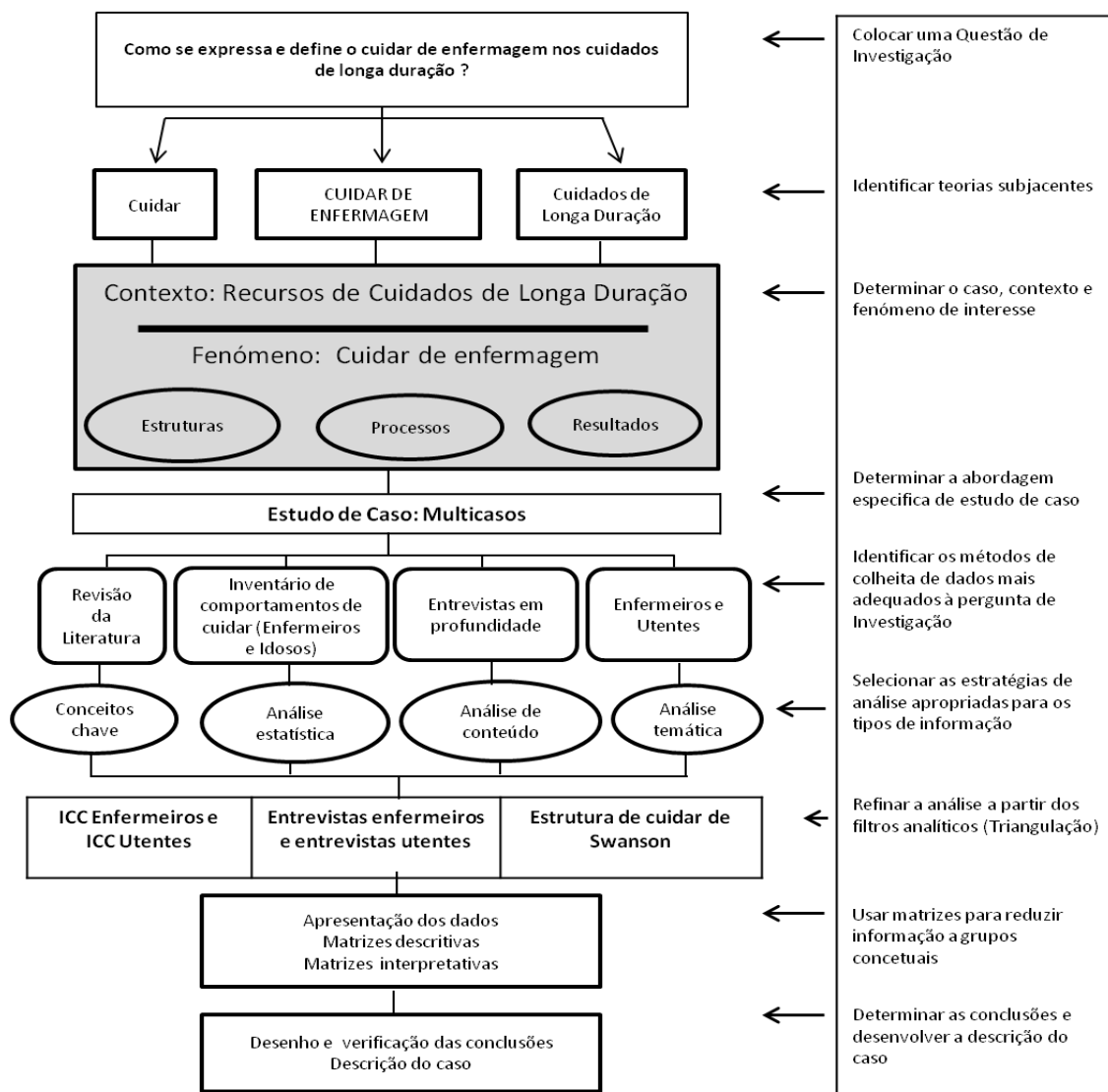
As metodologias compreensivas têm ganho importância crescente dada a interdependência entre os fenómenos sociais, porque permitem mergulhar em “universos complexos onde as variáveis (as dinâmicas) identificadas são, simultaneamente causas e efeitos” e o recurso a vários instrumentos permite a passagem para “um conceito de causalidade sistémica” (Guerra, 2010, p.16) . Nestas, como sublinha Stake (2009), o investigador “reconhece e fundamenta novos significados”, estabelece novas ligações e encontra maneiras de tornar os casos mais compreensíveis para os outros.

Ao nível da disciplina de enfermagem, a influência que os ambientes exercem nas práticas de cuidar, tem também sido sublinhada por vários investigadores. Segundo Watson (2009), McCormack et al. (2010) e Swanson (2013), os ambientes onde existe uma cultura de cuidado proporcionam mais saúde e bem estar aos utentes

e contribuem para maior satisfação profissional e para a permanência dos enfermeiros nos contextos de cuidados. Com a convicção desta relação, procuramos compreender as particularidades das práticas e as dimensões da relação de cuidar de enfermagem, analisando também os constrangimentos e gratificações nestes contextos de cuidados, na perspetiva de “construir uma realidade mais clara” Stake (2009, p. 117).

Tendo em conta o objeto de estudo e o conjunto das intenções da pesquisa, adotamos uma perspetiva mista, numa lógica hipotético dedutiva e outra integrada na lógica indutiva, de modo a obter a essencialidade (Stake, 2009) do cuidar de enfermagem nestes contextos, cujo esquema foi operacionalizado na figura 3.

Figura 3: Desenho de Investigação



Fonte: Esquema adaptado de Rosenberg J. P. & Yates P.M. (2007)

3.1. Sujeitos e Contextos

O cuidar de enfermagem é, como vários defendem (Swanson 1993, Watson 2002, Lopes 2005, Basto 2009), um processo de interação entre quem cuida e quem é cuidado. Deste modo, os sujeitos do estudo são os intervenientes nesse processo, os idosos e ou familiares cuidadores e os enfermeiros em contexto de LTC.

Coutinho (2011) refere que a investigação desenvolvida nos desenhos de pesquisa, de estudo de caso, não é baseada na amostragem porque os “casos” estudam-se para relacionar o que já é conhecido e torná-lo mais compreensível (Stake, 2009), por isso, as amostras destes estudos são sempre intencionais.

Em relação aos idosos, os critérios de inclusão foram manifestar desejo de participar, não apresentar défices cognitivos, estar orientado no tempo, espaço e identidade e saber ler e escrever. Como um número significativo de pessoas, nesta população, não é escolarizada, ainda assim, alguns utentes manifestaram desejo de participar, por isso, consideramo-los “informadores privilegiados” (Guerra, 2010) e foram também integrados na parte qualitativa do estudo.

Relativamente aos enfermeiros, integraram o estudo todos os que desenvolviam as suas práticas de cuidados, em contexto de LTC, e mostraram disponibilidade para participar no estudo. Lopes (2006 p. 113), refere que nas práticas com idosos, “os enfermeiros desenvolvem saberes diariamente no silêncio e na invisibilidade dos cuidados”, por isso, definimos como único critério de exclusão trabalhar nestes contextos há menos de 6 meses.

Segundo um relatório oficial (SERGA, 2011), existiam, em 2009, no país, 41.750 respostas sociais destinadas a acolher as pessoas idosas. Destas, 25% correspondiam à tipologia de lar de idosos e, 2% a respostas de apoio domiciliário integrado. No distrito de Castelo Branco, são 66 os equipamentos integrados na tipologia de lar, com capacidade variável entre os 12 e 242 utentes (JFA Sénior, 2013) mas, como a legislação portuguesa não impõe a obrigatoriedade de cuidados de enfermagem em todas as tipologias, com base no conhecimento que tínhamos da realidade e dos equipamentos que proporcionam cuidados de longa duração, disponíveis no distrito, integramos 10 contextos de LTC, que incluíram lares de idosos, unidades de cuidados continuados integrados de média e longa duração da RNCCI e uma equipa de cuidados

continuados integrados todos no distrito Castelo Branco, distribuídos por 7 localidades.

A diversidade dos equipamentos e dos locais teve como finalidade obter uma amostra por homogeneização que garantisse “uma grande diversidade de características” entre prestadores e recetores de cuidados que, em nosso entender, poderiam ser “suscetíveis de fazer variar a apreciação” (Guerra, 2010, p.46) do cuidar de enfermagem. Assim, integraram a parte quantitativa do estudo 113 utentes e 65 enfermeiros.

Na parte qualitativa do estudo, participaram 15 enfermeiros e 15 utentes, que totalizaram 30 entrevistas. Nestes desenhos, “a amostra qualitativa pode ser um subconjunto da amostra quantitativa maior” ou podem ser escolhidos diferentes participantes em cada amostra (Strubert & Carpenter, 2002, p. 335). Tal como para a obtenção da informação quantitativa, os critérios de seleção dos participantes foram a diversidade de contexto de cuidados e de experiência profissional. Aplicou-se o princípio da diversidade interna, ou seja, “o controlo da diversidade não é realizado face aos elementos externos”, mas internamente ao grupo (Guerra, 2010, p.46). O número foi determinado pela saturação.

3.2. Recolha da Informação

Depois de solicitada e autorizada a recolha da informação, nos vários contextos de cuidados (anexo 1), iniciámos o trabalho empírico em maio de 2012, que se prolongou até março de 2013 e que foi desenvolvido em várias etapas.

A primeira consistiu numa entrevista às diretoras técnicas e/ou aos responsáveis pelo serviço de enfermagem, aos quais foram explicitados os objetivos do estudo e metodologia adotada. A imersão nos contextos permitiu-nos observar a relação que os vários atores dos contextos estabeleciam entre si e as dinâmicas e estratégias que utilizavam para receber e prestar cuidados. Estas entrevistas iniciais, além de terem permitido conhecer melhor o contexto e identificar os potenciais participantes, enfermeiros e utentes facilitaram as etapas seguintes.

Posteriormente, e em data agendada com os responsáveis (diretoras técnicas em alguns casos e noutros os enfermeiros ou enfermeiras), que fizeram uma pré-

seleção dos utentes com base nos critérios de inclusão, foi marcada uma reunião com os utentes e a investigadora. Nessa, os utentes foram então informados e esclarecidos em pormenor dos objetivos da pesquisa e dos modos de recolha da informação. Foi-lhes garantido o total anonimato das respostas e assegurada a confidencialidade da informação que viesse a ser obtida, foi-lhes permitido contactar com o ICC e foram esclarecidos da forma como este deveria ser preenchido.

Depois de obtido o seu consentimento, foram formados pequenos grupos de utentes em função das suas disponibilidades para preencherem o inventário. Como algumas das afirmações requeriam interpretação e o nível de escolaridade desta população não é muito elevado, as afirmações relativas aos comportamentos apresentados foram todas lidas em voz alta pela investigadora, de forma a tornar o seu conteúdo totalmente compreensível para os idosos que assinalaram a resposta, e que, em seu entender, era a adequada. A investigadora assistiu ao seu preenchimento. Ainda assim, alguns utentes “saltaram” afirmações e não preencheram a totalidade do inventário e outros assinalaram para todas as afirmações a resposta “sempre”, o que consideramos falta de congruência já que, em algumas das afirmações, o “nunca” era resposta que se adequava ao comportamento esperado e, por isso, esses questionários foram eliminados.

Posteriormente, agendaram-se as entrevistas que integraram os utentes que manifestaram desejo de as realizar e outros que, por não saberem ler e escrever, não participaram nesta parte do estudo.

Com os enfermeiros, o procedimento inicial foi idêntico. Depois das entrevistas com os responsáveis, aos quais foram explicados os propósitos do estudo e o modo como a informação seria recolhida, os questionários foram deixados nos contextos, em envelope individual e, posteriormente, recolhidos. Neste processo, os enfermeiros responsáveis foram elementos chave na divulgação dos objetivos do estudo e na recolha da informação. Incentivaram os restantes enfermeiros a preencher o questionário e a colaborar nas entrevistas e referenciaram os que mostraram disponibilidade para o fazer, que foram posteriormente contactados, individualmente, para agendamento das mesmas.

Inventário de Comportamentos do Cuidar (ICC)

Os questionários, tanto dos idosos como dos enfermeiros (anexo 2, incluíram questões sócio demográficas e contextuais e o Inventário de Comportamentos de Cuidar (ICC).

A versão portuguesa deste inventário de comportamentos foi traduzida, adaptada e validada para a população de enfermeiros portugueses por Loureiro, Ferreira, & Fernandes (2010) e de doentes por Ferreira & Cruz (2011). O “Caring Behaviors Inventory” (CBI) ou ICC de Wolf et al (1994) é um inventário de comportamentos, que usa, segundo Watson (2009), uma base concetual proveniente da literatura do cuidar, em geral, e da teoria do cuidar transpessoal, em particular, e assume o cuidar em enfermagem como “um processo interativo e intersubjetivo que ocorre em momentos de vulnerabilidade partilhada entre a enfermeira e o paciente, orientado para ambos e para o outro” (Watson, 2009, p. 53). Na perspetiva de Watson (2009), a totalidade dos fenómenos cuidar nunca poderá ser conhecida em plenitude, contudo, existem instrumentos, como o ICC, que apontam na direção da sua mensuração.

A versão ICC portuguesa dos utentes é constituída por 30 itens ou comportamentos de cuidar, percebidos por estes, e pontuados numa escala de Likert, que varia entre 1 (nunca) e 6 (sempre) pontos. Em relação a cada uma das afirmações ou comportamentos, pede-se ao sujeito que manifeste o seu grau de concordância com os comportamentos que os enfermeiros assumem na relação. O conjunto dos comportamentos está agrupado em 4 dimensões do cuidar: “disposição e atenção positiva ao doente”, “investimento compreensivo e técnico”, “investimento comunicacional” e “investimento ético”.

A dimensão disposição e atenção positiva inclui os itens “cuidam de mim como ser humano”, “ajudam a aliviar a minha dor”, “respeitam a minha privacidade”, “ouvem-me atentamente”, “prestam-me bons cuidados físicos”, “tratam-me como pessoa” “mostram respeito por mim”, “são simpáticos” “transmitem informações de forma a que eu compreenda”.

A dimensão investimento compreensivo e técnico contém os itens “dão-me informações para que eu tome decisões”, “asseguram uma presença tranquilizadora”, “conhecem os meus principais problemas e necessidades”, “escutam a minha opinião

sobre os cuidados que me vão prestar”, “dão-me informações que dificilmente saberia de outra forma”, “informam-me de aspetos importantes do meu estado de saúde”.

A dimensão investimento comunicacional compreende os itens “encoraja-me a falar dos meus problemas”, “ajudam-me a crescer como pessoa”, “incentivam-me a participar nas decisões sobre o meu estado de saúde”, “levam-me a expressar os meus sentimentos”, “são meus confidentes”, são sensíveis às minhas manifestações”.

Finalmente, a dimensão investimento ético que inclui os itens “discutem uns com os outros informações sobre mim, sem escutarem o que tenho a dizer”, “escolhem horas pouco apropriadas para falarem da minha situação de saúde”, “falam perante outros de aspetos que considero privados”, “provocam-me embaraço quando transmitem informações a meu respeito” e “transmitem informações confidenciais a meu respeito, em frente a outros utentes”. Os itens desta dimensão na versão ICC, dos utentes, apresentam todos a pontuação invertida.

A versão portuguesa do ICC para enfermeiros apresenta igualmente 30 itens pontuados de 1 a 6, que indicam o grau de concordância com os comportamentos descritos e estão agrupados em 5 dimensões: “disposição e atenção positiva ao utente”, “investimento compreensivo”, “investimento técnico”, “investimento comunicacional” e “investimento no cuidado ético”.

A dimensão disposição e atenção positiva ao utente inclui os itens “ser simpático ou identificar-se com o utente”, “confiar no utente”, “mostrar alegria ao utente”, “usar uma voz suave e simpática com o utente”, “ser confidente com o utente”, “providenciar uma presença tranquilizadora”, “ajudar o utente a crescer como pessoa”, “ser sensível com o utente”.

A dimensão investimento compreensivo contém os itens “conhecer as necessidades manifestadas e não manifestadas pelo utente”, “apreciar o utente como um ser humano”, “mostrar interesse pelo utente”, “responder prontamente quando o utente chama”, “ver o utente de uma maneira oportuna”.

A dimensão investimento técnico compreende os itens “aliviar os sintomas do utente”, “ajudar a reduzir a dor do utente”, “ajudar o utente”, “colocar o utente em primeiro lugar” e “prestar bons cuidados físicos”.

A dimensão investimento comunicacional”, inclui os itens “educar ou instruir o utente”, “dar ao utente informações para que este tome decisões”, “encorajar o

utente a falar dos seus problemas”, “falar com o utente”, “ouvir atentamente o utente” e “levar o utente a expressar os seus sentimentos”.

Por último, a dimensão investimento no cuidado ético, com os itens “mostrar respeito pelo utente”, “tratar o utente como pessoa”, “ser honesto com o utente”, “apoiar o utente”, “tratar a informação relativa ao utente de uma forma confidencial” e “fazer com que o utente se sinta confortável, física e emocionalmente”.

À semelhança do que aconteceu com a recolha da informação dos idosos, os enfermeiros responsáveis ou coordenadores das equipas dos contextos de cuidados foram fundamentais. Para além de divulgarem pelos pares o propósito da pesquisa e solicitarem o preenchimento dos questionários, facilitaram o contacto pessoal com os enfermeiros e tornaram possível a sua participação nas entrevistas, àqueles que manifestaram disponibilidade para participar.

Entrevistas semiestruturadas

As entrevistas, de grande importância nesta pesquisa, foram fundamentais para perceber “a forma como os sujeitos interpretam as suas vivências” (Coutinho, 2011, p.299). As deste estudo, foram semiestruturadas e realizadas com base no guião de entrevista (anexo 3), construído em função dos objetivos da pesquisa. A necessidade de que todos os entrevistados focassem os mesmos aspetos obrigou a alguma orientação temática (Guerra, 2010) que é comum nestes desenhos.

Tanto as entrevistas dos utentes como as entrevistas dos enfermeiros/as foram realizadas nos contextos onde a relação de cuidar teve lugar o que obrigou a várias deslocações aos contextos. A todos os participantes foi explicado com clareza o objetivo da entrevista e os temas, foi-lhes dado conhecimento do guião da entrevista por forma a estabelecer uma relação de parceria propícia a gerar “a possibilidade de reflexividade nos dois elementos da interação” (Guerra, 2010, p.51). A todos e cada um, foi garantido o anonimato e a confidencialidade das respostas e solicitada a autorização (anexo 4) para divulgar o conteúdo das entrevistas, agendadas em função das suas disponibilidades.

As entrevistas duraram em média 45 minutos e foram gravadas em áudio. Aos utentes foi-lhes proporcionado ouvir as suas falas a partir da gravação, mas apenas três manifestaram vontade de o fazer. Também dois enfermeiros manifestaram desejo

de conhecer o conteúdo das suas falas. Por isso, depois de transcritas, foram-lhes enviadas por correio eletrónico, conforme seu pedido.

3.3. Tratamento de dados

Os dados de características mensuráveis foram organizados e interpretados com recurso à estatística descritiva (SPSS, versão 15.0). De modo a analisar os resultados da percepção dos utentes e dos enfermeiros face aos comportamentos de cuidar, resolvemos submete-los a análise fatorial em componentes principais, com rotação ortogonal (varimax). Esta apresentação tem como objetivo divulgar as propostas que reuniram mais consenso entre os utentes e os enfermeiros inquiridos e o seu peso em cada um dos indicadores. Em cada fator retivemos as propostas com um peso superior a 0,40.

A análise fatorial é uma técnica utilizada para se reduzir o número de variáveis de uma base de dados, identificando o padrão de correlações ou de covariância entre elas e gerando um número menor de novas variáveis latentes, não observadas, calculadas a partir dos dados brutos.

A redução a um número menor de variáveis, também chamados muitas vezes de “fatores” ou “componentes”, maximiza o poder de explicação do conjunto de todas as variáveis e possibilita a identificação de subgrupos de questões que avaliam uma mesma habilidade ou capacidade cognitiva (Primi, 2003, Pasquali, 2009; Primi, 2006; Thompson, 2004; Yanai & Ichikawa, 2007).

A informação proveniente das entrevistas foi analisada com recurso à técnica da análise de conteúdo. Numa primeira fase, procedeu-se à análise tipológica dos discursos. A análise tipológica, integrada na análise descritiva dos discursos, é o método por excelência em metodologia qualitativa (Guerra, 2010, p.77) porque permite atribuir uma ordem aos “materiais recolhidos, classificá-los, segundo critérios pertinentes, e encontrar variáveis escondidas que explicam as variações das diferentes dimensões observáveis”. A lógica como cada um percebe os fenómenos e as suas associações originam tipologias distintas. Guerra (2010) reforça que estas tipologias não são “ideais tipo”, mas antes construções empíricas que existem na realidade dos sujeitos entrevistados. Privilegiámos o método de “tipologias por semelhança”, o que

consistiu em reagrupar por critérios de proximidade de conteúdo as opiniões sobre a relação de cuidar, “em agrupamentos exclusivos, isto é, as dimensões não são cumulativas” Guerra, 2010, p.78).

A mais-valia da combinação de metodologias qualitativas e quantitativas nas pesquisas de enfermagem já foi salientada por Foss & Bodil (2002), que justificam a sua pertinência tanto pela complexidade dos fenómenos, onde intervêm múltiplos fatores difíceis de capturar e realidades complexas, como pela própria natureza epistemológica da enfermagem.

Os dados provenientes de diferentes participantes, e obtidos em diferentes lugares e contextos de cuidados, permitiram usar “a triangulação de fontes de dados” como estratégia de validação da informação obtida (Flick, 1992) e a combinação de métodos de natureza quantitativa e qualitativa permitiu ainda usar “a triangulação metodológica”, que é outro dos protocolos de triangulação propostos por Flick (1992), e que Coutinho (2011) também refere. Neste estudo, a triangulação foi usada mais com a finalidade de conseguir uma “análise de maior alcance e riqueza” (Coutinho, 2011, p.208) e obter como resultado um retrato fidedigno da realidade e a compreensão mais completa do fenómeno do cuidar de enfermagem nos LTC.

3.4. Questões éticas

Em todas as etapas do trabalho, como recomendam Carmo & Ferreira (1998), tivemos a preocupação de garantir que os princípios éticos aceites pela comunidade de investigadores foi assegurado. A garantia destes princípios foi certificada ao longo de todo o processo por um conjunto de procedimentos com todos os intervenientes que, de algum modo colaboraram com informação para o estudo, tais como, informação e esclarecimento pormenorizado dos propósitos da pesquisa, dos métodos de recolha da informação e sua divulgação, particularmente dos aspetos que poderiam ser suscetíveis de influenciar a sua decisão de colaborar ou não.

Posteriormente, foi solicitada e obtida a autorização das instituições que serviram de contexto e foram garantidos todos os direitos daqueles que participam de forma voluntária no trabalho de investigação, informando-os dos aspetos passíveis de poderem influenciar a sua decisão de nele colaborar. Usámos honestidade total nas

relações estabelecidas com todos os intervenientes (dirigentes das instituições, diretores técnicos, utentes e enfermeiros/as) e protegemos a identidade tanto das instituições como dos participantes, atribuindo códigos (letras de A-D) às instituições, ou contextos de cuidados. Os participantes foram apenas identificados por U (utente) ou E (enfermeiro), salvaguardando-os de eventuais danos físicos, profissionais ou morais possíveis de decorrer da investigação ou dos resultados. Tanto as instituições como os participantes foram informados dos resultados da pesquisa, que foi norteadada pela autenticidade espelhada na redação do relatório.

Relativamente ao inventário de comportamentos de cuidar (ICC, foi pedida a autorização aos autores que o validaram para Portugal (Loureiro, Ferreira & Fernandes, 2010) que, prontamente e sem qualquer contrapartida, autorizaram e forneceram os instrumentos.

Pelo descrito, acreditamos que a solidez ética desta pesquisa foi assegurada e garantida.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 Caracterização dos contextos

Integraram este estudo 10 contextos de LTC que, incluíram três tipos de resposta em termos de assistência distribuídos por 7 localidades do distrito de Castelo Branco (quadro 2).

Os contextos estudados incluíram respostas da tipologia de lar de idosos, dependentes e tutelados pelo sistema de segurança social e respostas integradas na RNCCI, unidades de cuidados continuados de média e longa duração (UMDR e ULDM) e ainda uma equipa de cuidados continuados integrados (ECCI).

Tornou-se evidente a grande heterogeneidade dos contextos tanto no número de utentes que os integra como nos recursos humanos (enfermeiros) com expressão significativa nas horas de cuidados de enfermagem dispensadas aos utentes.

A partir de dois tipos de referências, a Portaria nº 67/2012 de 21 de Março e o Referencial do Enfermeiro (OE, 2009), analisámos as horas de cuidados efetivamente dispensadas aos utentes nestes contextos de cuidados.

Nas estruturas residenciais (lar), os rácios foram calculados a partir do legislado na portaria, “um enfermeiro (a), por cada 40 residentes” ou um(a) enfermeiro(a), para cada 20 residentes se a estrutura residencial acolher idosos em situação de grande dependência”. A partir destes pressupostos, consideramos que um enfermeiro (a) corresponde a uma jornada de trabalho, ou seja, 8 horas de cuidados diários e calculámos a média de horas de cuidados por dia e por utente, considerando os 7 dias da semana. Com base nestes cálculos, o rácio enfermeiro/utente recomendado pela portaria situa-se entre 0.2 horas (20 minutos por dia e por utente) ou 0.4 horas (40 minutos) de cuidados por dia e por utente, se utentes com nível de dependência elevado.

Nas UMDR e ULDM, os rácios recomendados e preconizados pela OE, tendo em conta os utentes que estas unidades assistem, são de 3.79 a 5.38 horas de cuidados de enfermagem por dia e por utente para as UMDR e de 3.27 a 3.79 horas para as ULDM.

Exluímos desta análise o contexto (G) por ser um equipamento de tipologia mista e, como tal, o cálculo do rácio poderia não ser muito rigoroso, e o contexto (D) por ser de ambulatório e nestes os rácios obedecerem a critérios diferentes.

Quadro 2: Breve caracterização dos contextos de LTC no distrito de Castelo Branco estudados

Contextos/ código	Breve caracterização
UMDR e ULDM (A)	Nº de utentes – 32 Recursos Humanos (Enfermeiros) - 24 Horas cuidados de enfermagem /dia 48x7 dias
Lar idosos *(B)	Nº de utentes – 130 Recursos Humanos (Enfermeiros) - 7 Horas cuidados de enfermagem /dia - 10 x 7 dias
Lares de idosos (C) 1+1+1	Nº de utentes - 300 Recursos Humanos (Enfermeiros) - 17 Horas de cuidados enfermagem /dia - 48x7 dias
ECCI (D)	Nº de utentes – variável até 15 Recursos Humanos (Enfermeiros) - 3
Lar de idosos (E)	Nº de utentes - 80 Recursos Humanos (Enfermeiros) - 3 Horas cuidados enfermagem /dia 8x7 dias
Lar de idosos (F)	Nº de utentes - 94 Recursos Humanos (Enfermeiros) - 2 Horas cuidados enfermagem /dia - 11, 66 X 7dias
UMDR; ULDM e Lar (G)	Nº de utentes - 60 Recursos Humanos (Enfermeiros) - 12 Horas cuidados enfermagem /dia – 38x7dias
Lar de idosos (H)	Nº de utentes – 140 Recursos Humanos (Enfermeiros) - 5 Horas de cuidados enfermagem /dia 24x7dias
UMDR e ULDM (I)	Nº de utentes – 68 Recursos Humanos (Enfermeiros) – 17 Horas cuidados enfermagem /dia - 80x7 dias
Lares de idosos (J) 1+1 1*	Nº de utentes – 60 + 49 Recursos Humanos (Enfermeiros) – 2 Horas cuidados enfermagem /dia - 8x7dias Nº de utentes - 40* Recursos Humanos - 1* Enf. Horas cuidados enfermagem /dia - 8x5 dias

Tendo por base o número de residentes e o número de horas de cuidados de enfermagem diários (relatados pelos enfermeiros responsáveis), calcularam-se as horas de cuidados efetivas em cada uma das estruturas (tabela 2).

Tabela 2: Horas de cuidados esperados e horas de cuidados dispensados

Contexto da Prática de Cuidados	Nº de utentes	Horas de Cuidados de Enfermagem Esperados /Dia/utente	Tempo Médio (Horas) De Cuidados Dispensados/Dia/Utente
UMDR e ULDM (A)	32	UMDR 3.79 a 5.38 ULDM 3.79 a 3.27	1.5
UMDR e ULDM (I)	68	UMDR 3.79 a 5.38 ULDM 3.79 a 3.27	0.73
Lar (B)	130	0.2 – 0.4	0.076
Lares (C) 1+1+1	300	0.2 – 0.4	0.16
Lar (E)	80	0.2 - 0.4	0.1
Lar (F)	94	0.2 – 0.4	0.124
Lar (H)	140	0.2 – 0.4	0.17
Lares (J) 1+1	60 + 49	0.2 – 0.4	0.073
1*	40*	0.2 – 0.4	0.2 (apenas de 2ª a 6ª feira)

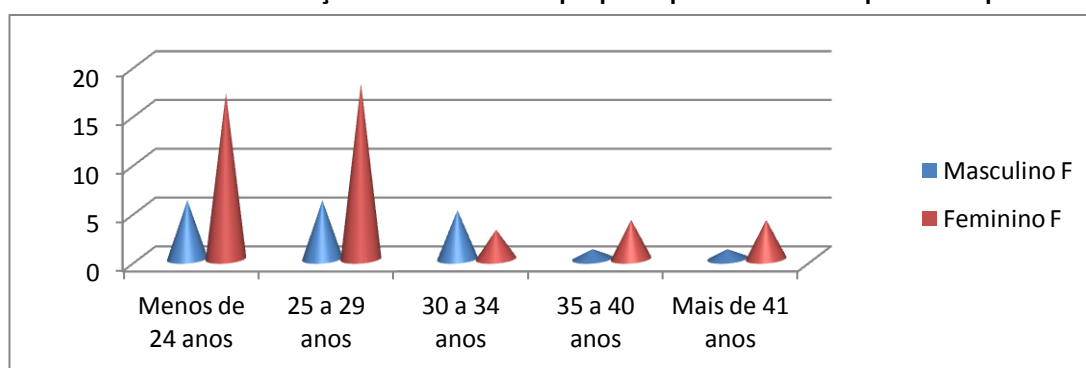
Como a tabela 2 evidencia, o tempo médio de cuidados por dia e por utente, apresenta grande variação entre os contextos. Comum a todos é facto de os rácios ficarem muito aquém do preconizado tanto pelos diplomas legais como pelas orientações da Ordem dos Enfermeiros.

4.2. Caracterização dos participantes

Os Enfermeiros

Participaram neste estudo 65 enfermeiros, dos quais 46 (70,8%) do sexo feminino e 19 (29,2%) do sexo masculino. Predominaram os enfermeiros com idade inferior a 30 anos (72,3%) e apenas 10 (15,4%) referiram ter idade superior a 35 anos (gráfico 1).

Gráfico 1: Distribuição dos enfermeiros que participaram no estudo por sexo e por idade



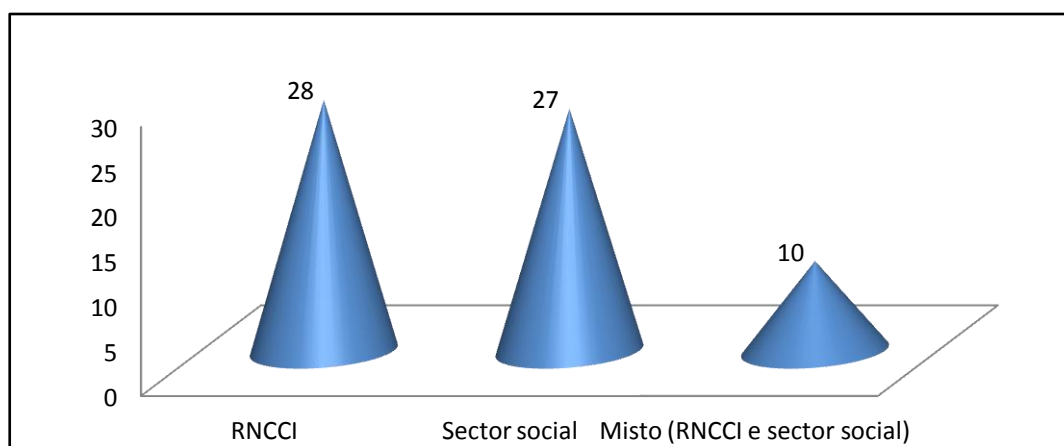
A maioria, 40 (61,4%), desenvolve a prática de cuidados nestes contextos há menos de 4 anos e apenas 8 (12,3%) referiram trabalhar nestes contextos de cuidados há mais de 15 anos (Quadro 3).

Quadro 3: Experiência profissional dos Enfermeiros que participaram no estudo

Tempo de serviço	F	%
Menos de 4 anos	40	61,5
5 a 9 anos	13	20,0
10 a 14 anos	4	6,2
Mais de 15 anos	8	12,3
TOTAL	65	100

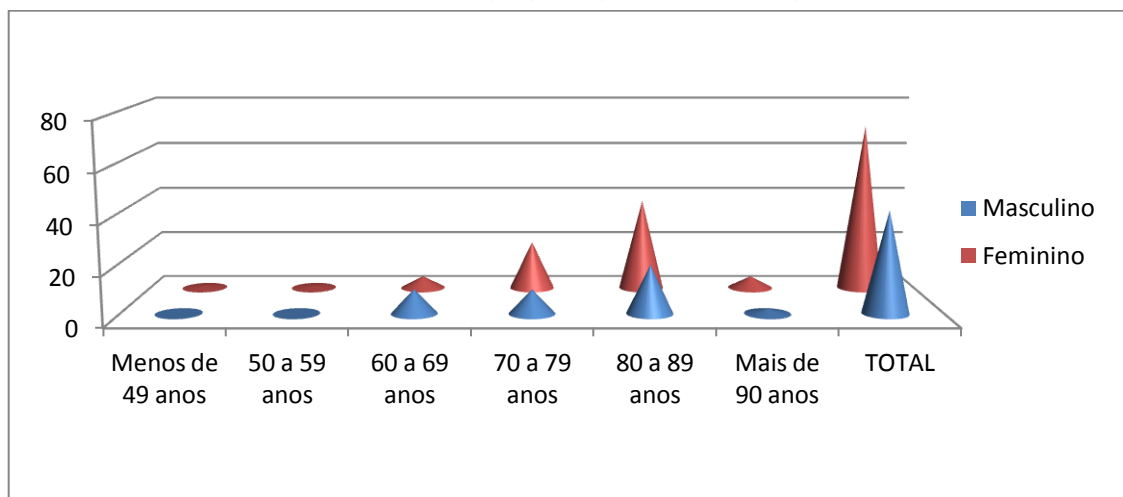
Em relação ao contexto das práticas, os enfermeiros estão distribuídos da seguinte forma: 28 (43,1%) dos enfermeiros do estudo trabalham em unidades da RNCCI e 27 (41,5%) em lares e 10 enfermeiros (15,4%) trabalham em equipamentos mistos, ou seja contextos de cuidados que integram recursos da RNCCI e lar (gráfico 2).

Gráfico 2: Contexto da prática de cuidados dos enfermeiros que participaram no estudo

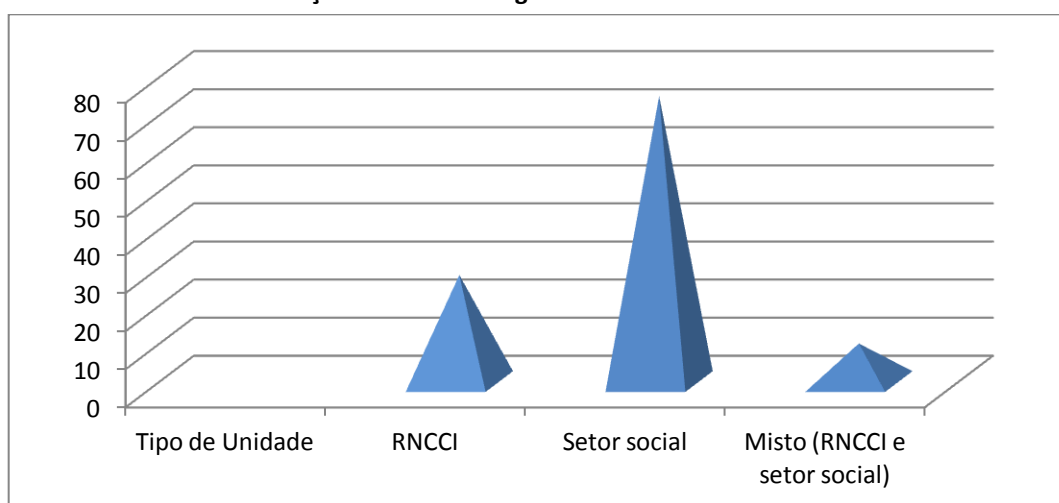


Os Utentes

Participaram 113, dos quais 70 (62,5%) eram do sexo feminino e 42 (37,5%) do sexo masculino. Predominaram os utentes com idade superior a 80 anos (58,0%), apenas 15 (15,2%) referiram ter idade inferior a 69 anos. A idade média foi de 80 anos, a mediana de 81 anos. A idade mais verificada (moda) foi de 84 anos. Um dos utentes indicou 95 anos e houve outro que não referiu a sua idade (gráfico 3).

Gráfico 3: Distribuição dos utentes que participaram no estudo por sexo e idade

Segundo o contexto onde recebem cuidados, 28 (24,8%) dos utentes recebiam cuidados a partir de estruturas da RNCCI em regime de internamento ou ambulatorio (8 cuidadores informais), 75 (66,4%) em equipamentos do sector social (lares), e enquanto 10 (8,8%) em unidades de sistema misto (RNCCI e sector social) (gráfico 4).

Gráfico 4: Distribuição dos utentes segundo o contexto onde recebem cuidados

Em relação à escolaridade, a maioria dos utentes (54) referiu ter frequentado apenas o ensino básico (entre 0 e 4 anos de escolaridade). As mulheres que participaram neste estudo eram mais escolarizadas. 13 das participantes referiram ter 10 ou mais anos de escolaridade. No grupo dos indivíduos de sexo masculino, foram apenas 5 os que referiram níveis de escolaridade idênticos. O tempo de escolaridade médio foi de 5 anos, o tempo que mais se verificou (moda) foi 4 anos (quadro 4).

Quadro 4: Distribuição do tempo de escolaridade por sexo dos utentes que participaram no estudo

SEXO	Masculino		Feminino		TOTAL	
ESCOLARIDADE	F	%	F	%	F	%
0 a 4 anos	23	54,8	55	78,6	78	69,6
5 a 6 anos	9	21,4	0	0,0	9	8,1
7 a 9 anos	5	11,9	7	10,0	12	10,7
10 a 12 anos	2	4,8	6	8,6	8	7,1
13 a 16 anos	1	2,3	1	1,4	2	1,9
17	2	4,8	1	1,4	3	2,6
TOTAL	42	37,5	70	62,5	112	100

A maioria dos participantes, 66 (58,4%) recebia cuidados há menos de 2 anos e a duração média dos cuidados foi de 30 meses. A moda foi de 36 meses e o tempo de cuidados variou entre o mínimo de menos de 1 mês e o máximo de 22 anos referido por um utente. Um utente não referiu o tempo de internamento.

4.3. O Cuidar prestado e recebido: Dados quantitativos

4.3.1. Comportamentos de cuidar expressos pelos enfermeiros

Os comportamentos de cuidar expressados pelos enfermeiros a partir do ICC foram agrupados nas cinco dimensões do cuidar já descritas: “disposição e atenção positiva ao utente”, “investimento comunicacional”, “investimento técnico”, “investimento compreensivo” e “investimento no cuidado ético”. Em todas as dimensões, os enfermeiros que participaram no estudo apresentaram um grau de concordância elevado em relação aos comportamentos de cuidar apresentados. O grau de concordância foi maior (6) para os comportamentos que integraram a dimensão investimento ético e investimento técnico e ligeiramente inferior (5) para os comportamentos que integram a dimensão investimento compreensivo, investimento comunicacional e disposição e atenção positiva (quadro 5).

Quadro 5: Estatística descritiva das dimensões de cuidar expressadas pelos enfermeiros

	Investimento Ético	Investimento Compreensivo	Investimento Técnico	Investimento Comunicacional	Disposição e Atenção Positiva
N Válidos	65	65	65	65	65
Perdidos	0	0	0	0	0
Media	5,44	4,86	5,36	5,06	4,92
Mediana	5,50	5,00	5,40	5,20	4,88
Moda	6	5	6	5	5(a)
Desv. típ.	,438	,693	,555	,592	,532
Rango	2	4	3	3	2
Mínimo	4	2	3	3	4
Máximo	6	6	6	6	6

A média dos scores mais baixa foi na dimensão investimento compreensivo, com 4,86 e a mais elevada é no investimento ético, com 5,44.

A análise fatorial, calculada a partir dos dados brutos da dimensão investimento ético, permitiu extrair três fatores com valores próprios superiores a um (2,3; 1,3 e 1,0 respetivamente), que explicam 77% da variância. A matriz rodada informa que foram os comportamentos “Mostrar respeito pela pessoa idosa”, “Apoiar a pessoa idosa” e “Ser honesto com a pessoa idosa” que mais contribuíram a dimensão do cuidar investimento ético (quadro 6).

Quadro 6: Análise factorial do indicador investimento ético

	Fator 1	Fator 2	Fator 2
3 - Tratar a pessoa idosa como pessoa	0,88		
5- Mostrar respeito pela pessoa idosa	0,89		
6- Apoiar a pessoa idosa		0,91	
7- Ser honesto com a pessoa idosa			0,90
8 – Fazer com a pessoa idosa se sinta confortável física e emocionalmente		0,75	
9 - Tratar a informação relativa à pessoa idosa de uma forma confidencial			0,66

Na dimensão investimento compreensivo extraiu-se apenas um fator com valor próprio superior a um (2,6), o qual explica 51% da variância. A matriz rodada informa que foi a variável “Conhecer as necessidades manifestadas e não manifestadas pela pessoa idosa” que mais contribuiu (maior peso) para a dimensão investimento compressivo (quadro 7).

Quadro 7: Análise factorial do indicador Investimento compreensivo

	Fator 1
18 - Conhecer as necessidades manifestadas e não manifestadas pela pessoa idosa	0,82
19 - Responder prontamente quando a pessoa idosa chama	0,77
20 - Apreciar a pessoa idosa como um ser humano	0,77
22 - Mostrar interesse pela pessoa idosa	0,75
23 - Ver a pessoa idosa de uma maneira oportuna	0,38

Na dimensão **investimento técnico** extraíram-se dois fatores com valores próprios superiores a um (2,5 e 1,1 respetivamente), os quais explicam 72% da variância. A matriz rodada informa que foram os comportamentos “Ajudar a reduzir a dor da pessoa idosa” e “Colocar a pessoa idosa em primeiro lugar” que contribuíram com maior peso para os comportamentos relacionados com o investimento técnico (quadro 8).

Quadro 8: Análise factorial do indicador Investimento técnico

	Fator 1	Fator 2
15 - Ajudar a pessoa idosa	0,89	
21 - Ajudar a reduzir a dor da pessoa idosa		0,89
28 - Aliviar os sintomas da pessoa idosa		0,71
29 - Colocar a pessoa idosa em primeiro lugar	0,90	
30 - Prestar bons cuidados físicos		0,57

Da análise factorial do indicador ou dimensão **investimento comunicacional** extraíram-se dois factores com valores próprios superiores a um (3,1 e 1,1 respetivamente), e que explicam 70% da variância. A matriz rodada informa que foram as variáveis “Dar à pessoa idosa informações para que esta tome decisões” e “Levar a pessoa idosa a expressar os sentimentos” os comportamentos que mais contribuíram para esta dimensão do cuidar dos enfermeiros (quadro 9).

Quadro 9: Análise factorial do indicador Investimento comunicacional

	Fator 1	Fator 2
1 - Ouvir atentamente a pessoa idosa	0,43	0,45
2 - Educar ou instruir a pessoa idosa	0,80	
5 - Dar à pessoa idosa informações para que esta tome decisões	0,88	
16 - Falar com a pessoa idosa	0,78	
17 - Encorajar a pessoa idosa a falar dos seus problemas		0,86
27 - Levar a pessoa idosa a expressar os sentimentos		0,92

E, finalmente, na dimensão “Disposição e atenção positiva ao utente”, são os comportamentos “confiar na pessoa idosa” e “usar uma voz suave e simpática”, com valores próprios superiores a um (3,5 e 1,0 respetivamente), que explicam 56% da variância. A matriz rodada informa que são estas variáveis que contribuíram com maior peso para esta dimensão no cuidar dos enfermeiros (Quadro 10).

Quadro 10: Análise factorial da dimensão disposição e atenção positiva

	Fator 1	Fator 2
10 – Providenciar uma presença tranquilizadora	0,63	
11 - Ser confidente com a pessoa idosa	0,77	
12– Usar uma voz suave e simpática com a pessoa idosa		0,83
13 - Mostrar alegria à pessoa idosa		0,61
14 - Ser sensível com a pessoa idosa		0,61
24 - Confiar na pessoa idosa	0,82	
25 - Ser empático ou identificar-se com a pessoa idosa	0,58	
26 - Ajudar a pessoa idosa a “crescer”		0,68

4.3.2. Comportamentos de cuidar percebidos pelos utentes

Em relação aos comportamentos de cuidar percebidos a partir do ICC dos utentes, agrupados nas 4 dimensões que o constituem, Investimento Compreensivo e Técnico, Investimento ético, Investimento Comunicacional e a Disposição e Atenção Positiva, foram percebidos pelos utentes com um grau de concordância grande para todas as dimensões. A estatística das dimensões analisadas revela uma moda de 6 em todos os comportamentos. A dimensão disposição e atenção positiva foi a que obteve valores médios maiores (5.49) e a dimensão investimento comunicacional é a que apresenta valores médios mais baixos (quadro 11).

Quadro 11: Estatística descritiva das dimensões de cuidar percebidas pelos utentes

	Investimento Ético Invertido	Investimento Comunicacional	Investimento Compreensivo e Técnico	Disposição e Atenção Positiva
N Válidos	113	113	113	113
Perdidos	0	0	0	0
Media	5,38	4,66	5,04	5,49
Mediana	6,00	4,83	5,17	5,75
Moda	6	6	6	6
Desv. típ.	,967	1,212	1,014	,746
Varianza	,934	1,468	1,028	,557
Rango	5	5	5	5
Mínimo	1	1	1	1
Máximo	6	6	6	6

A análise factorial da dimensão investimento comunicacional permitiu extrair dois factores com valores próprios superiores a um (3,1 e 1,0 respetivamente), os quais explicam 69% da variância. A matriz rodada informa que foram as variáveis “Ajudam-me a crescer como pessoa” e “São meus confidentes” os comportamentos percebidos que contribuíram com maior peso para esta dimensão (quadro 12).

Quadro 12: Análise factorial do indicador investimento comunicacional

	Fator 1	Fator 2
11 - Encorajam a falar dos meus problemas	0,77	
12- Ajudam-me a crescer como pessoa	0,85	
13 – Incentivam-me a participar nas decisões sobre o meu estado de saúde	0,82	
15 - Levam a expressar os meus sentimentos	0,76	
24 - São meus confidentes		0,90
25 - São sensíveis às minhas manifestações		0,64

Em relação à dimensão investimento compreensivo e técnico, apenas se extraiu um fator com valor próprio superior a um (2,9) e que explica 48% da variância. A matriz rodada informa que foram aos comportamentos “Asseguram uma presença tranquilizadora” e “Escutam a opinião sobre os cuidados que me vão prestar” que contribuíram com maior peso para a dimensão Investimento compreensivo e técnico (quadro 13).

Quadro 13: Análise factorial do indicador investimento compreensivo e técnico

	Factor 1
1 - Dão-me informações para que tome decisões	0,63
2 – Asseguram uma presença tranquilizadora	0,75
3 - Conhecem os meus principais problemas e necessidades	0,72
8 - Escutam a opinião sobre os cuidados que me vão prestar	0,75
9 - Dão informações que dificilmente saberia de outra forma	0,68
14 – Informam-me de aspectos importantes do meu estado de saúde	0,63

Na dimensão investimento ético extraíram-se dois fatores com valores próprios superiores a um (2,1 e 1,1 respetivamente), os quais explicam 64% da variância. A matriz rodada informa que foram os comportamentos “Escolhem horas pouco apropriadas para falar da minha situação” e “Transmitem informações confidenciais a

meu respeito em frente de outros utentes” que mais contribuíram para esta dimensão (quadro 14).

Quadro 14: Análise factorial do indicador investimento ético

	Fator 1	Fator 2
5 - Discutem uns com os outros informações sobre mim	0,78	
6 - Escolhem horas pouco apropriadas para falar da minha situação	0,81	
10 - Falam perante outros de aspetos que considero privados	0,69	
19 – Provocam-me embaraço quando transmitem informações a meu respeito		0,75
22 - Transmitem informações confidenciais a meu respeito em frente de outros utentes		0,87

Finalmente, da dimensão do cuidar, disposição e atenção positiva, e que obteve valores médios maiores, extraíram-se três fatores com valores próprios superiores a um (4,8; 1,3; 1, respetivamente), os quais explicam 60% da variância. Nesta dimensão, segundo a matriz rodada, foram os comportamentos “Ajudam a aliviar a minha dor”, “Respeitam a minha privacidade”, “São simpáticos”, “Usam uma voz suave e simpática” e “cuidam de mim como ser humano” que mais contribuíram, ou seja, que mais pesaram na perceção dos utentes (quadro 15).

Quadro 15: Análise factorial do indicador disposição e atenção positiva

	Fator 1	Fator 2	Fator 3
4 - Cuidam de mim como ser humano			0,75
7 - Ajudam a aliviar a minha dor		0,75	
16 - Respeitam a minha privacidade			0,83
17 – Ouvem-me atentamente		0,50	
18 – Prestam-me bons cuidados físicos		0,48	
20 – Tratam-me como pessoa	0,68		
21 - Mostram respeito por mim	0,65		
26 -São simpáticos	0,73		
27 - Transmitem informações de forma que eu compreenda		0,58	
28 – Ajudam-me	0,65		
29 - Usam uma voz suave e simpática	0,78		
30 – Vêem-me de uma forma completa		0,63	

4.3.3. O Cuidar prestado e recebido: Síntese dos dados quantitativos

Os prestadores de cuidados deste estudo são maioritariamente do sexo feminino e pessoas jovens como menos de 30 anos (72,3%), refletindo a tendência de feminização da profissão de enfermagem, hoje em dia, menos acentuada e a maior disponibilidade do género feminino para o cuidar, associada às questões normativas de ordem cultural e que ainda se reflete nas profissões com maior afinidade para o cuidar. A maioria desenvolve a prática de cuidados nestes contextos há menos de um ano o que sustenta a opinião de outros investigadores (Santos, Cotovia & Pacheco, 2011) sobre a dificuldade em conseguir atrair e fixar (Tjadens & Colombo, 2010; Spilsbury et al., 2011) profissionais de saúde nestes contextos e que a OMS e a OCDE também já identificaram.

Quem recebe cuidados, os utentes, são maioritariamente indivíduos do sexo feminino (62,5%) e com idade superior a 80 anos. A maioria recebe assistência a partir das respostas integradas no sistema de segurança social, com estatuto de IPSS, instituições sem fins lucrativos subsidiadas pelo Estado. São pessoas pouco escolarizadas, entre 0 e 4 anos de escolaridade, na sua maioria, e recebem cuidados há menos de 2 anos.

A heterogeneidade deliberada dos vários contextos de LTC e intencional, em termos das estratégias da pesquisa, acabou por revelar outras heterogeneidades, sobretudo ao nível das responsabilidades da prestação e gestão dos cuidados de saúde e de apoio social nestes contextos. Ficaram evidentes distintas formas de organização e gestão, embora quem os receba tenha em comum a necessidade de cuidados de saúde e de bem-estar que, pela transição que está a vivenciar, necessita de terapêuticas de enfermagem capazes de facilitar a transição (Schumacker, Jones, & Meleis, 1999) e que por isso mesmo, requerem novos olhares.

Os contextos estudados estão maioritariamente integrados nos equipamentos da tipologia de lar, dependentes do sistema de segurança social e foi nestes que se registaram as maiores diferenças em termos de horas de cuidados de enfermagem dispensados aos utentes, embora o défice de horas de cuidados também se verifique nos equipamentos integrados na RNCCI.

Está bem documentado a nível internacional (Robbins, 2008; Marcinkowska e Agnieszka, 2011; Trigg, 2011; Geerts, Mot, Faber, & Wilemé, 2012) que a razão mais comum para a admissão dos utentes neste sistema de serviços é a perda de independência funcional e a necessidade de cuidados de saúde, muitas vezes, descritas como riscos e responsáveis pelas horas de cuidados de enfermagem necessários, pelo que poderemos afirmar que a complexidade dos cuidados de saúde e de bem-estar que os utentes nestes contextos exigem não se compadece com 4,38 minutos de cuidados de enfermagem por dia e por utente no pior contexto estudado ou 10,2 minutos no melhor. A associação entre os rácios, a segurança dos utentes e os resultados dos cuidados de enfermagem também, está bem documentada por investigadores e associações profissionais (ICN, 2006; OE, 2009; Nies et al., 2010; Aiken, 2012; Harrington, 2013) que defendem não ser possível a qualidade nos contextos de LTC sem a preocupação e a garantia de serem asseguradas horas de prestação de cuidados adequadas às necessidades dos utilizadores dos cuidados. Outros investigadores referidos por Siegel et al., (2012) justificam o pouco investimento nos LTC a partir dos valores e crenças da cultura, entre eles o “*idadismo*” (*ageism*), responsável pela determinação das prioridades e da gestão dos recursos económicos dos países.

A Comissão Europeia (2008) recomenda que tanto nos cuidados de saúde, como nos de longa duração, as respostas de assistência sejam adaptadas às necessidades e preferências das pessoas e devam incluir o desenvolvimento de cuidados preventivos e a implementação de normas de qualidade que reflitam as melhores práticas internacionais, reconhecendo que o número de efetivos é um indicador fundamental, aconselhando também o reforço da responsabilidade dos profissionais de saúde e dos utentes beneficiários nos cuidados como estratégia principal a ser seguida.

Siegel et al., (2012) apontam como solução os cuidados centrados na pessoa e o reconhecimento da sua individualidade, aspetos onde as enfermeiras e enfermeiros desempenham o papel principal, não apenas porque a centralidade da pessoa nos cuidados é um valor que norteia a disciplina de enfermagem (Costa, 2005, Watson, 2009, McGilton, 2012), mas também porque são os enfermeiros e enfermeiras os

profissionais que estão criticamente posicionados para assumir o caso de cada pessoa e defendê-la nas arenas políticas e nas organizações.

Sobre o processo dos cuidados, a estatística do ICC revelou diferenças muito ténues entre os comportamentos de cuidar que os enfermeiros afirmam assumir nestes contextos e o modo como estes comportamentos são percebidos pelos utentes, contrariando estudos anteriores (Essen, 1991 referido por Costa, 2005). Uma interpretação atenta dos comportamentos expressados e percebidos sugere que, nestes contextos, não existe diferença significativa entre o cuidar expressado pelos enfermeiros e enfermeiras e o modo como o cuidar é percebido pelos utentes, confirmada pela fraca dispersão dos valores nas diferentes dimensões.

A dimensão mais valorizada pelos enfermeiros nestes contextos foi o investimento ético, o que vai de encontro ao expressado por Costa (2006, p.192) para quem os cuidados aos idosos representam para os enfermeiros “um conjunto de desafios epistemológicos” que não se confinam ao previsível mas que se constroem no recurso ao sentido do outro e que assentam no bem, pela dimensão ética que têm implícita.

Ao ser pedido aos enfermeiros que reflitam sobre as suas práticas e expressem o seu grau de concordância com os comportamentos de cuidar apresentados, são os comportamentos “mostrar respeito pela pessoa idosa”, acompanhá-la, ser honesto com ela, que recolhem maior concordância em contexto de LTC e que são consistentes com a perceção dos utentes para quem os comportamentos suscetíveis de comprometer a sua dignidade e respeito, nunca ou raramente acontecem.

Nas dimensões investimento compreensivo e investimento técnico, os enfermeiros expressam como mais vezes assumidos os comportamentos “conhecer as necessidades manifestadas e não manifestadas da pessoa idosa”, “colocar a pessoa idosa em primeiro lugar”, “ajudar a pessoa idosa” e ajudá-la a reduzir a dor, comportamentos que são percecionados pelos utentes como “escutar a sua opinião sobre os cuidados” que lhe vão prestar e “assegurar uma presença tranquilizadora” ou cuidar de si como ser humano, ajudar a aliviar a sua dor e respeitar a sua privacidade que os utentes referem com sendo os mais frequentes e que ancoram na valorização da pessoa, como o foco dos cuidados e na necessidade de a conhecer para cuidar, consistente com a ideia de que o contexto da prática de enfermagem com idosos exige

aos enfermeiros atitudes particulares assentes em processos deliberativos que lhes permitem responder às situações concretas do momento e do contexto (Lopes, 2005; Costa, 2006) e que demonstram também a capacidade destes cuidadores de responderem de modo dinâmico a essas situações.

O investimento dos enfermeiros na comunicação, segundo expressaram na dimensão investimento comunicacional, é concretizado pelos comportamentos “dar à pessoa idosa informações para que esta tome decisões” e “levar a pessoa idosa a expressar os sentimentos”. Estes comportamentos encontraram também sentido nas percepções dos utentes para quem os comportamentos mais percebidos foram “ajudam-me a crescer como pessoa” e “são meus confidentes”. O investimento deliberado que os enfermeiros e enfermeiras fazem na comunicação também já foi identificado por Lopes (2005). Segundo refere, o investimento na comunicação pode ser concretizado de modo mais formal ou informal, mas encontra sempre suporte em várias atividades de enfermagem, sobretudo nos contextos em que a interação mais se impõe, como são os contextos deste estudo. A intenção de investir na comunicação, através do esclarecimento, ensino, orientação ou escuta atenta, fazem com que esta dimensão seja incluída “no processo de intervenção terapêutica” no qual a “gestão de informação” e a “gestão dos sentimentos” são os seus instrumentos privilegiados e indissociáveis (p.223).

No que se refere à dimensão disposição e atenção positiva ao utente são os comportamentos “confiar na pessoa idosa” e “usar uma voz suave e simpática” os referidos pelos enfermeiros como os mais assumidos nesta dimensão do cuidar e que também encontram similaridade com a percepção que os utentes têm desses comportamentos, já que, na sua percepção os sujeitos que lhes prestam cuidados “são simpáticos”, “usam uma voz suave e simpática” e respeitam a sua privacidade e cuidam de si como ser humano, evidências que confirmam o que Watson (2002) defende ou seja, apenas quem recebe o cuidado é capaz de avaliar a sua efetividade.

4.4. A Relação de cuidar nos LTC- informação qualitativa

Os dados qualitativos do estudo, foram recolhidos a partir da amostra maior através de entrevistas semiestruturadas aos utentes e aos enfermeiros, obtidos nos vários contextos de LTC, conforme distribuição apresentada no quadro 16.

Quadro 16: Distribuição das entrevistas dos utentes e dos enfermeiros pelos contextos de cuidados

Contexto de cuidados	Entrevistas dos Utes	Entrevistas dos Enfermeiros
UMDR e ULDM (A)	E9U	E1E. E2E E3E
Lar idosos (B)	E1U E2U E3U	...
Lares de idosos 3 (C)	E4U E5U E8U	E9E E10E E11E E12E E13E
ECCI (D)	E6U E7U	E4E E5E E8E
Lar de idosos (E)	...	E6E E7E
Lar de idosos (F)	----	----
UMDR e ULDM e Lar (G)	E10U	E14E
Lar de idosos (H)	E11U E12U E13U	E15E
UMDR e ULDM (I)		----
Lares de idosos 2+1(J)	E14U E15U	---

As entrevistas estruturadas pelo guião e obtidas no contexto dos cuidados permitiram identificar conjuntos de opiniões e expressões sobre o cuidar e os cuidados em contexto de LTC. Para a interpretação e compreensão do material recolhido junto dos utentes e dos enfermeiros, utilizámos a análise de conteúdo enquanto “técnica que permite fazer inferências, válidas e replicáveis dos dados para o seu contexto” (Vala 2003, p.103). A análise tipológica (anexo 5) permitiu colocar em ordem o material recolhido “e classificá-lo, segundo critérios pertinentes, no sentido de encontrar variáveis escondidas capazes de explicar as variações de opiniões entre quem presta e quem recebe cuidados. Privilegiamos “a construção de tipologias por semelhança” (Guerra, 2010, p.78) que consistiu em agrupar o conteúdo das entrevistas

por critérios de proximidade que resultaram em seis tipos de expressões, extraídas dos discursos dos enfermeiros (quadro 17) e que foram “Cuidar e modos de pensar o contexto dos LTC”; “Cuidar e os modos de intervir em contexto de LTC”; “Cuidar e resultados da intervenção”; “Constrangimentos associados ao cuidar nos LTC”; “Cuidar como gratificação”; “Cuidar nos LTC, propostas de alteração” sintetizadas no quadro 17.

Quadro 17: Tipologias do cuidar por semelhança (Guerra, 2010). Opiniões dos enfermeiros

Tipologia	Opiniões dos enfermeiros	Frequência
1. TIPO Cuidar: Modos de pensar o contexto dos LTC	Expressões relacionadas com o contexto dos cuidados	E1E(A) E2E (A); E3E(A); E4E(D); E5E(D); E6E(E) ; E7E(E); E8E(D);E9E(C); E10E(C); E11E(C) E12E (C); E13E(C) E14E(G); E15E(H)
2º TIPO Cuidar: Modos de intervir em contexto de LTC	Expressões relacionadas com os cuidados prestados	E1E(A) E2E (A); E3E(A); E4E(D); E5E(D) ;E6E(E) ; E7E(E); E8E(D); E9E(C); E14E(G); E15E(H)
3º TIPO Cuidar: Resultados da intervenção	Expressões relacionadas com os resultados dos cuidados	E3U(B);E4U(C); E6U(D);E7U(D);E8U(D); E10U(G); E11U(H); E12U(H); E13U(H); E14U (J)
4º TIPO Cuidar: Constrangimentos associados ao cuidar nos LTC	Expressões associadas ao não cuidar, justificado e não justificado	E1E (A); E2E (A); E3E(A); E4E(D); E5E(D); E6E(E) ; E7E(E); E8E(D);E9E(C); E11E(C) E12E(C)E13E(C) E14E(G); E15E(H)
5º TIPO: Cuidar como gratificação	Expressões relacionadas com as gratificações dos cuidados em contexto de LTC	E1E(A); E2E(A); E3E(A); E4E(D);E5E(D) ;E6E(E); E7E(E); E8E(D);E9E(C);E10E(C); E11E(C) ; E12E(C); E13E(C) E14E(G); E15E(H)
6º TIPO: Cuidar nos LTC propostas de alteração	Expressões associadas a propostas e soluções	E3E(A); E4E(D); E6E(E); E7E(E); E8E (D); E10E (C); E12E(C); E13E(C); E15EH

O conteúdo das entrevistas dos utentes foi organizado a partir de pressupostos idênticos aos usados para a análise das entrevistas dos enfermeiros (anexo 5). A interpretação das opiniões dos utentes sobre a interação com os enfermeiros permitiu

incluir as opiniões em 4 tipologias: “Cuidar como modo de ser ou estar dos enfermeiros”; “Cuidar como um modo de intervir”; “Cuidar como o resultado da intervenção”; “Não cuidar” (quadro 18).

Quadro 18: Tipologias do cuidar por semelhança (Guerra, 2010). Percepções dos utentes

Tipologia	Principais opiniões dos utentes	Frequência
1º TIPO: Cuidar como modo de ser ou estar dos enfermeiros	Percepções relacionadas com o modo de ser ou estar dos enfermeiros	E1U (B); E2U(B); E3U(B);E4U(C);E5U(C); E6U(D); E7U(D); E9U(A); E11U(H);E13U(H);E14U (J); E15U(J)
2ºTIPO: Cuidar como um modo de intervir	Percepções relacionadas com os cuidados desenvolvidos	E1U(B); E2U(B); E4U(C); E6U (D); E7U(D); E8U(D); E9U(A); E10U(G);E11U(H);E12U(H); E13U(H); E15U(J)
3º TIPO: cuidar como o resultado da intervenção	Percepções relacionadas com o resultado dos cuidados.	E3U(B); E4U(C); E6U(D);E7U(D); E8U(D); E10U(G); E11U(H); E12U(H); E13U(H); E14U (J)
4º TIPO: Não cuidar	Percepções relacionadas com a ausência de cuidados justificados e não justificados	E1U(B); E2U(B); E3U(B); E4U(C); E7U(D); E12U(H); E14U(J); E15U(J)

O sentido da ação dos enfermeiros obtido pela reflexão e relato das experiências de cuidar foi interpretado a partir das tipologias dos discursos já identificadas e dos seus significados, relacionando-o com os processos de **conhecer, estar com, fazer, possibilitar e manter a crença**, que integram a estrutura de cuidar de Swanson, (1993 e 2013) numa dialética entre quem presta e quem recebe cuidados.

4.4.1 Opiniões dos Enfermeiros

Modos de pensar o contexto dos LTC pelos enfermeiros

Os modos de pensar contexto dos LTC encontram, nas expressões dos enfermeiros e das enfermeiras, duas direções, aparentemente, distintas, mas interligadas. Uma orientada para o ambiente dos cuidados que consideram ser pouco valorizado e obrigar a gerir dificuldades associadas aos diferentes níveis de responsabilização dos cuidados, às pluripatologias que os utentes apresentam e à

quantidade de terapêutica que é necessário gerir. E outra direção para os sujeitos e para a relação, que consideram construir-se com o tempo, exigir o respeito pelas vivências dos idosos e requerer múltiplas competências associadas à especificidade dos contextos e dos idosos. A par disso, a necessidade de conhecer bem os idosos é verbalizada como um modo de pensar os cuidados, nestes contextos.

“A primeira prioridade nos cuidados aos idosos é conseguir chegar até eles...

Não conseguimos chegar a todos da mesma maneira... e conhecê-los também...porque depois de os conhecer vamos descobrindo a melhor maneira de interagir com eles” [E6E(E)]. “As pessoas idosas requerem mais atenção, precisam que estejamos mais tempo ao pé deles, para conversar com eles, precisam de mais atenção” [E1E(A)].

O reconhecimento que cada pessoa é única, valor fundamental da enfermagem, e que está implícito nos discursos das enfermeiras e dos enfermeiros, anda a par com a comunicação. A comunicação é um instrumento fundamental dos cuidados de enfermagem, é parte integrante do ser humano e outros investigadores (Costa, 2005, Lopes, 2005) já salientaram a sua importância enquanto intervenção terapêutica no cuidar da pessoa idosa.

“Trabalhar com idosos exige competências acrescidas entre elas a capacidade de comunicar acho que é a mais importante. Mas também é muito importante conhecer bem idosos. Por exemplo eu tenho uma utente que, alguns dias quando lá chego começa logo por me dizer que não é capaz de fazer nada, nesse dia e eu tenho que ouvi-la durante uns 15 a 20 m antes de iniciar as atividades” [E5E(D)].

No cuidar, a experiência do outro é um valor em si mesmo (Mayeroff, 1991) e faz parte *do processo de conhecer*, que se refere ao esforço para compreender as necessidades dos utentes e o significado da vivência desta etapa nas suas vidas (Swanson, 2013).

Vários estudos realizados nos Estados Unidos da América e Reino Unido, referidos por Cooney, Murphy & O’Shea (2008) têm salientado a importância da relação nestes contextos e que os utentes expressam como fundamental para a sua qualidade de vida.

Numa perspetiva de transição, enquanto passagem entre dois períodos de tempo mais ou menos estáveis, este processo é cognitivo, comportamental e interpessoal na pessoa que experimenta uma transição em saúde. Neste processo, os idosos movem-se a partir da transição para a saúde se forem ajudados (Shumacher, Jones & Meleis, 1999) mas, podem mover-se para um processo de não saúde, no qual a vulnerabilidade e o risco que apresentam tem significado especial. Os riscos, se devidamente identificados através das terapêuticas de enfermagem, permitem facilitar a transição para a saúde. O relato de outra enfermeira também salienta essa preocupação.

“Eu acho que em todas as fases da vida, temos que conhecer a história das pessoas para estabelecer uma relação empática. Claro que, com os idosos, como já viveram muito antes de mim, é necessário perceber se viveram situações difíceis... por exemplo temos muitos idosos que passaram fome e interpretam muitos dos cuidados que nós prestamos de uma outra forma” [E3E(A)].

A psicologia sublinha que os idosos, enquanto grupo, não apresentam diferenças significativas dos indivíduos mais novos e que os traços da sua personalidade são os mesmos que mantiveram durante décadas, mas o processo de envelhecimento torna-os mais vulneráveis a determinadas psicopatologias (Paúl, 2005) que, associadas às perdas dos amigos, dos vizinhos, e das redes sociais, fazem deste grupo um grupo particular, reconhecendo-se nele as singularidades individuais. Ainda assim, a necessidade de relações de grande proximidade é referida por muitos enfermeiros como um traço comum nestes contextos porque os idosos não gostam de distanciamento e muitos até apreciam mostrar aos outros idosos que mantêm essas relações de proximidade. Por parte de quem cuida, nestes contextos, o investimento é assumido e transportado para a prática de cuidados sob a forma de compromisso e aliado ao sentido de que vale a pena e à promoção da dignidade do utente (McCormack et al., 2009).

“A interação com os idosos, é diferente de uns para outros, porque as patologias são diferentes, as próprias pessoas são diferentes umas das outras, com personalidades distintas, assim como a personalidade do prestador de cuidados... Eu

penso que não há grande dificuldade em interagir com os idosos por uma razão, são eles próprios que procuram a interação...” [E10E(C)].

A revisão da literatura tem revelado que as pessoas idosas gostam de se sentir olhadas, reconhecidas e protegidas pelo que o processo de conhecer é a base estruturante da relação e implica o esforço deliberado para compreender o significado dos eventos nas suas vidas, porque as transições experimentadas pelas pessoas idosas estão frequentemente associadas a perdas, mas podem decorrer com ganhos associados às escolhas dos idosos e que os enfermeiros podem facilitar.

Em síntese, os modos de pensar os LTC consistem para os enfermeiros evitar juízos preconceituosos, centrar-se na relação com a pessoa e reconhecer a sua individualidade, procurando pistas capazes de rentabilizar a intervenção terapêutica com grande investimento na comunicação e também encontram enquadramento naquilo que a Ordem dos Enfermeiros defende como os desígnios dos cuidados de enfermagem porque tomam como foco de atenção a pessoa e a promoção dos seus projetos de saúde numa relação que se desenvolve e fortalece num processo dinâmico cuja finalidade é a ajuda ao utente fornecida num contínuo de vida, independentemente da idade e da condição de cada um (OE, 2001).

Modos de intervir em contexto de LTC

Os modos de intervir em contexto de LTC referem-se ao conjunto das expressões e perceções que os enfermeiros e os utentes referem ou percecionam como práticas de cuidados.

Para os enfermeiros, são entre outros, conhecer bem os utentes e conquistar a sua confiança, identificar as suas queixas e necessidades e adivinhá-las, (por vezes), facilitar o que os utentes pretendem, ajudar naquilo que não são capazes de fazer, adaptar as estratégias à pessoa e antecipar necessidades.

O processo de conhecer, mais do que ser ou estar, é em si mesmo, um modo de intervir, que tem implícita a primeira etapa do processo de enfermagem. Para Schumacker, Jones, & Meleis (1999) é esta etapa, a avaliação, é base de todas as terapêuticas de enfermagem pois é o ponto de partida para o planeamento e a intervenção e nas pessoas idosas, assume maior importância, tanto pelos problemas

ativos que os acompanham como pelos pelos riscos de doença ou declínio da funcionalidade próprios desta etapa na vida dos humanos. A avaliação adequada, concretizada pelo uso de instrumentos de medida e escalas, permite antecipar necessidades, identificar problemas e direcionar as intervenções terapêuticas para as necessidades e problemas específicos ou potenciais, e assim, prevenir os problemas de saúde e contribuir para a manutenção da independência da pessoa, como refere um enfermeiro.

“Conhecendo bem o utente, neste caso o idoso, conseguimos estar sempre um passo à frente daquilo que ele precisa e quando ele nos procura já sabemos aquilo que podemos esperar dele e o que podemos ou devemos fazer por ele. Esse conhecimento implica conhecer a pessoa como ela é, no carácter, na maneira de ser e as patologias que tem e que afetam a relação com os profissionais e as suas necessidades. Tem de existir este conhecimento para que consigamos estabelecer uma relação terapêutica e daí resulte um ganho para o utente” [E14E(G)].

A pessoa idosa, a viver um processo de transição, pode ver interrompido o seu sentido de autonomia e de autodeterminação. Mas este pode ser recuperado pelo empoderamento e pela perceção de controlo sobre as suas vidas (Schumacker, Jones, & Meleis, 1999) conhecimento que outra enfermeira expressa como fundamental enquanto modo de intervir.

“Se conhecermos bem o utente os seus objetivos de vida...o que é que ele gostava... falar um bocadinho com eles, discutir as opções e decisões com eles... assim eles sentem que são membros da equipa, que estão a ser membros ativos, que estão a colaborar, é extremamente importante” [E4E(D)].

Dos discursos emerge ainda a ideia que os enfermeiros e as enfermeiras, nestes contextos têm a preocupação de *procurar sinais* ou pistas para centrar a sua intervenção nos *cuidados ao utente*. A centralidade da pessoa nos cuidados faz parte da tradição humanista da enfermagem, mas nos últimos anos, com a preocupação maior com os idosos e com os cuidados de longa duração, assumiu novo significado ao ser transportada para os LTC sob a forma de modelos de prática de cuidados. Estes modelos surgiram como resposta à necessidade de orientar os cuidados para a eficiência (McCormack, et al., 2012) e práticas guiadas por esta filosofia e assentes nestas formas de intervir consideram e privilegiam as opções e preferências dos

utentes e assentam na interdependência e reciprocidade das relações entre quem presta e quem recebe cuidados (McCormack, et al., 2012). São diversificadas porque requerem competências técnicas, científicas e competências de cuidar, reconhecidas no discurso de outros enfermeiros.

“Tanto temos que prestar cuidados técnicos, como temos que escutar ativamente o utente, ter atenção para com ele, ensinar, também é importante sobretudo quando têm alta que temos que os preparar. Temos que ensinar técnicas de levante, transferência, cuidados a ter com a alimentação, a terapêutica...”[E1E(A)].

E “estar igualmente atentos aos problemas relacionados com as doenças, como aos aspetos do humor, à alimentação, porque esta condiciona outros problemas de saúde como as úlceras de pressão... obriga a estar atento a muitos aspetos” [E12E(C)].

Os múltiplos aspetos que expressam e que são resultado da fragilidade e vulnerabilidade dos utentes e das variadas necessidades que apresentam nesta etapa das suas vidas requerem intenções, afetos e práticas suscetíveis de proporcionar bem-estar e promover a independência. Vários estudos apontados por Radwanski (2011) têm demonstrado que os idosos perdem a mobilidade e função ao longo do tempo, daí que o desígnio principal dos cuidados de saúde às pessoas idosas (DGS, 2004) seja a manutenção da sua independência funcional e que outro enfermeiro salienta.

“O cuidar [da pessoa idosa] é restabelecer a sua independência, mais do que restabelecer a sua saúde. Aqui o cuidar é procurar que sejam o mais independentes possível e prolongar isso” [E10E(C)].

O *estar com*, já identificado nos discursos anteriores, é outro processo do cuidar. É definido por Swanson (2013) como o estar emocionalmente presente com o outro e “é um passo mais à frente de conhecer e mais do que compreender”. Significa estar emocionalmente aberto à realidade do outro (Swanson, 2013b: 216). É também elaborar atos ajustados aos valores (Leininger, in George, 2000), que inclui ações de negociação e decisões profissionais criativas no sentido de apoiar, facilitar ou capacitar as pessoas de modo a reter ou preservar valores relevantes para manter o seu bem-estar, recuperar da doença ou saber encarar a deficiência e a morte, e que outra enfermeira elucida.

“Procuramos contornar, arranjam os mecanismos, mas nem sempre é possível. Outras vezes tentamos negociar mas temos cá um senhor em que isso não foi possível. É uma pessoa que está lúcida e orientada ... bem informámos, bem dissemos os riscos que corria, mas ele está irredutível. Então comunicámos à Dr^a e não faz e pronto. E temos que respeitar, acho que é importante respeitar a opinião deles, nestes casos, acho que sim desde que tenham conhecimentos dos riscos [E6E(E)].

Dos modos de intervir fazem também parte a reflexão e o questionamento das práticas que estão elucidadas no discurso destes enfermeiros.

“Embora eu ache que determinadas decisões podem não ser as mais adequadas em termos de saúde, eu acho que também é muito importante que os utentes se sintam bem e muitas vezes isso passa por eles fazerem aquilo que querem. E quando se tem 90 anos, determinadas imposições já não fazem muito sentido” [E14E(G)].

“Observar bem os utentes, ouvi-los, fazer bem os pensos, tomar conta da sua medicação, é isso o cuidar aqui neste contexto ... Às vezes, se calhar, centramo-nos mais na parte física, na preparação da medicação... no turno da noite, num turno de 8 horas gasto mais ou menos 4 horas a preparar a medicação e no turno da manhã, 1 hora e meia, mais ou menos, duas e pouco para distribuir também, e, no turno da tarde aproximadamente uma hora e pouco, o resto do tempo é gasto a fazer pensos, atender situações de urgência, os utentes têm muitas vezes dor ou vômitos, são situações muito frequentes...” [E9E(C)]

Vários investigadores (McCormack, 2006; McGilton, et al., 2012; Valentine, 2013) têm salientado a importância das competências profissionais dos enfermeiros nos cuidados de longa duração. Estas incluem os conhecimentos científicos e habilidades técnicas e de cuidar, a capacidade de tomar decisões e priorizar os cuidados que são fundamentais e que outra enfermeira expressa e que revelam a complexidade do fazer nos LTC.

Ainda há pedaço, uma familiar queria que eu entubasse a mãe porque não se alimentou ao almoço de ontem, e eu tive que lhe explicar que não é assim que as coisas funcionam, porque a senhora vai-se alimentando e não entubamos, o que é bastante agressivo, só porque a pessoa não se alimentou numa refeição [E9E(C)].

As transições ou passagem de um estado, condição ou lugar para outro ou até a vida por si (Schumacker, Jones, & Meleis, 1999) são significativas na saúde e para a doença dos indivíduos e das suas famílias. E as intervenções terapêuticas de enfermagem podem ajudar na transição pelo conhecimento e a experiência que os enfermeiros e enfermeiras apresentam, porque dão atenção às mudanças que estas trazem à vida das pessoas e incluem a atenção prestada à família, que também é fundamental em contexto LTC. A família ou pessoas significativas são parte integrante do processo de cuidados e devem sentir-se acolhidos e bem-vindos à residência de idosos (PROGRESS, 2010). O relato referido atrás, e que salienta o acolhimento prestado à pessoa significativa, encontra também enquadramento no *processo de possibilitar ou facilitar* da estrutura de cuidar de Swanson (1993; 2013). “Um cuidador que facilita é aquele que usa seu conhecimento especializado para o aperfeiçoamento do outro” (Swanson, 2013, p.217) e que o discurso desta enfermeira também expressa.

“Olhar a pessoa de uma forma holística, ao mesmo tempo que lhe incuto confiança, ensino-a a usar um auxiliar de marcha, uma colher.... Ensinar a usar a colher é uma técnica mas tem que ser ensinada proporcionando confiança senão onde é que fica aquela parte de “é capaz... de...”, perceber porque é que não fez... tem que estar tudo no mesmo patamar. Olhar a pessoa de uma forma holística proporcionar confiança e ao mesmo tempo ensinar a técnica” [E3E(A)].

Finalmente, o último processo da estrutura, *manter a crença*, entendido como acreditar nas capacidades do outro para ultrapassar o evento ou transição e olhar para o futuro com significado (Swanson, 2013). Manter a crença no outro, como refere Swanson, é um processo omnipresente na profissão de enfermagem e o relato destes enfermeiros evidenciam-no nas suas práticas.

“Às vezes estabelece-se uma certa cumplicidade que eu também acho que é cuidar. Temos cá uma senhora em coma há muito tempo e que é visitada pela mãe idosa. Muitas vezes em que a acompanho na visita à filha ela diz-me que a filha sorri para ela, e eu sei que não, mas concordo, para lhe ajudar a manter a esperança” [E14E(G)].

“Quando coloco a mão numa pessoa, quando a toco sei que lhe estou a inspirar confiança e que ela tem necessidade de carinho e isto acalma-a [E8E(D)].

Em síntese, os modos de intervir dos enfermeiros em contexto de LTC encontraram enquadramento nos processos *de conhecer* enquanto esforço para compreender as necessidades da pessoas idosas e das suas famílias, concretizado pela preocupação comum à totalidade dos enfermeiros em procurar sinais ou pistas e centrar nos *cuidados ao utente*. O *estar com*, definido como o estar emocionalmente presente com o outro (Swanson, 2013) e um passo mais à frente de conhecer, incluiu ações de negociação e decisões profissionais criativas que permitiram apoiar, facilitar ou capacitar idosos e pessoas significativas, de modo a reter ou preservar valores relevantes para manter o seu bem-estar.

Do *fazer* dos enfermeiros, nestes contextos, e como referiram, o *observar bem os utentes, ouvi-los, fazer bem os pensos, tomar conta da sua medicação*, cuidados mais instrumentais, foram os mais referidos, mas também cuidados expressivos como confortar, proteger e preservar a dignidade e desempenhar com competência ressaíram dos discursos. O *processo de facilitar ou possibilitar* enquanto conhecimento especializado que o cuidador usa para o aperfeiçoamento do outro emergiu a partir do cuidado holístico que os enfermeiros mobilizaram para ensinar auto cuidados e, em simultâneo, incutir confiança. O *processo manter a crença*, enquanto elemento estruturante do cuidar, incluiu acreditar nas capacidades do outro para ultrapassar o evento ou transição e olhar para o futuro com significado, dispensado tanto nos cuidados ao utente como às pessoas significativas, foi salientado pela cumplicidade em ir até ao fim com o outro, experimentado com as pessoas significativas e pelo carinho e toque deliberados como forma de inspirar confiança.

Resultados da intervenção

As expressões dos enfermeiros e das enfermeiras, integradas no cuidar como resultado da intervenção, orientaram-se para duas perspetivas distintas. Uma que considera as intervenções de cuidar capazes de produzir efeitos e aprendizagens em quem presta cuidados e que são referidas como aprender com as práticas e aprender com os idosos, também já identificadas por outros investigadores (Lopes, 2005; Costa,

2006) e outra perspectiva, expressa pelo resultado que as práticas de cuidar produzem nos utentes e que são relatadas como proporcionar saúde, autonomia e bem-estar evitar o sofrimento, prolongar a independência da pessoa, manter a dignidade e melhorar a qualidade de vida.

“O maior investimento afetivo é sem dúvida uma mais-valia, podemos partilhar experiências e os idosos ensinam-nos muito pela vivência que eles têm”[E1E(A)].

Para outras enfermeiras, a perceção do resultado do cuidar é a manutenção do conforto e da qualidade de vida, nem sempre valorizada fora destes contextos e a expressão desse bem estar por parte dos utentes.

“Nós aqui ajudamos a que tenham qualidade de vida e conforto, mas ninguém valoriza muito..., cuidados continuados... [E3E (A)].

“Eu sinto que estou a cuidar deles porque sorriem de carinho quando se despedem ou a alegria quando me veem, são estas expressões deles que me levam a acreditar que se sentem cuidados”[E5E(D)].

A necessidade de orientar as intervenções para os resultados existe desde sempre na prática de enfermagem, mas os desenvolvimentos recentes, tanto da disciplina, como na profissão, têm enfatizado a necessidade de serem conhecidos os ganhos em saúde e bem-estar que resultam da intervenção terapêutica de enfermagem. Nas entrevistas aos enfermeiros, foram poucos os que se referiram aos resultados do cuidar, o que pode revelar a ausência de culturas de qualidade nos cuidados. McCormack & McCance (2010) defendem que o modelo da prática de cuidados centrados na pessoa pode responder a este desafio, já sustentado com alguma evidência.

Constrangimentos e gratificações associados ao cuidar

Sendo certo que a relação de cuidar decorre com diferentes níveis de envolvimento (Lachman, 2012) entre quem cuida e quem é cuidado e não se limita a conjuntos de intervenções em situações de doença ou à satisfação de uma ou mais necessidades, o encontro entre quem cuida e quem é cuidado, enquanto encontro

intersubjetivo (Renaud, 2010), não está isento de constrangimentos mas também de gratificações e que foram referidas pelos enfermeiros.

“O facto de serem cuidados de longa duração, porque as pessoas permanecem três meses, às vezes até um ano, isso permite uma relação diferente e que até devia ser estendida a outras áreas”[E3E(A)].

“Acabamos por estabelecer relações quase familiares e por vezes é doloroso reconhecer que não lhes podemos oferecer aquilo que devíamos. Mas esta proximidade também é gratificante...”[E10E(C)].

Para os enfermeiros, os constrangimentos são contextuais, como sofrer com as perdas e o luto, constrangimentos associados ao estigma da idade e da institucionalização e ao pouco investimento que tem sido feito nestes contextos por quem tem poder de decisão.

“Reconheço que há profissionais que gostam mais de trabalhar noutras áreas, a hospitalar, por exemplo. Em primeiro lugar, é porque o trabalho lá é melhor pago e a questão económica é fundamental, mas também é pelas condições e pelo estigma da sociedade”[E13E(C)].

Mas também ao facto de os cuidados serem centrados no problema clínico e não na pessoa.

“Acho que perdemos muito tempo com a medicação e depois somos vistos apenas como destinados somente aos comprimidos. Descascar comprimidos, colocar comprimidos nos copos, quase que as nossas atividades se limitam a isso”[E11E(C)].

“Nós gastamos muito tempo com estes cuidados mais técnicos, só para realizar os pensos são quatro ou cinco horas por dia. E na terapêutica é mesmo muito tempo... Não tenho a certeza mas é mesmo muito tempo porque são 140 utentes, têm pluripatologias e tem muita terapêutica” [E15E(H)].

O discurso da centralidade das práticas no problema clínico, recorrente nas falas, torna clara a necessidade quase permanente de ter que definir prioridades, que acabam por ser constrangedoras.

“Temos imensa medicação para preparar... a maior parte dos utentes toma 4 ou 5 comprimidos por dia mas há muitos que tomam 8 e outros mais. (...) Nos dias em

que acontece alguma coisa atrasa-se tudo e à tarde já tenho que fechar a porta e não lhes dar tanta atenção, porque tenho que estar concentrada na terapêutica” [E6E(E)].

“Para já ainda não avaliamos nenhum risco aos utentes. Embora já conhecêssemos algumas das escalas e outras conhecemo-las agora, na especialidade, tal como aprendemos a importância de as aplicar para a qualidade dos cuidados... Com as horas de cuidados que temos atualmente não o conseguimos fazer de uma forma sistemática”[E15E(H)].

Em síntese, as gratificações do cuidar, nos contextos analisados permitiram salientar que é possível encontrar gratificações associadas à relação de proximidade e ao envolvimento dispensado nos cuidados às pessoas idosas, contrariando achados de outras pesquisas (Lovell, 2006).

Os constrangimentos do cuidar estão associados aos contextos de cuidados e relacionam-se com remunerações inferiores às que são pagas noutros contextos da prática de cuidados, confirmando a tendêndia descrita nos relatórios da OCDE e o pouco investimento que tem sido feito nos LTC no nosso país, o mais baixo da Europa e só comparável à Hungria (Lipszyc et al. 2012, Colombo & Mercier, 2011). Igualmente contrangedor para quem presta cuidados é o facto de os constrangimentos relacionados com os recursos humanos, refletidos no tempo de cuidados aos utentes, obrigar a centralizar as práticas nos cuidados instrumentais (gestão de terapêutica, realização de pensos e gestão de situações não previsíveis) em detrimento de avaliações sistematizadas dos riscos e de cuidados por antecipação, ainda que o *fazer enquanto processo do cuidar* (Swanson, 2013), permita cuidados antecipatórios, preventivos, de supervisão instrumentais e de proteção.

Cuidar nos LTC propostas de alteração

Atentos e informados sobre a mudança de paradigma nestes contextos de cuidados, os cuidadores deste estudo, para além de identificarem as questões práticas problemáticas, apontaram soluções.

“Temos que ser nós próprios a valorizar estes cuidados e não deixar de os fazer bem porque são idosos ou porque é um lar.... O rigor é fundamental. Temos que ser nós a valorizar-nos, fazer as coisas com rigor e não nos acomodar, mudar isso acho que parte também dos enfermeiros que estão deste lado. Por exemplo, quando enviamos

um utente não devemos deixar de enviar também uma carta de enfermagem com toda a informação sobre o utente e que demonstre que também sabemos avaliar a situação do utente e conhecemos as suas necessidades, e que só não atuamos porque não temos recursos nem este é o local próprio para o fazer [E6E(E)].

Através das lentes do cuidar, as práticas de enfermagem contemporâneas focam-se no cuidar e também no tratar (Turkel, 2013) e envolvem o utente e família, os enfermeiros e enfermeiras, e a complexidade das organizações do presente de que são exemplo os vários modelos das práticas centradas na pessoa e na qualidade dos cuidados (McCormack et al., 2010; Tonges, 2011; McCormack et al., 2012; Duffy & Hoskins, 2013), que deixam clara a interdependência entre todos os intervenientes destes processos e que enfermeiros reconhecem e foram referindo de modo implícito ou mais explícito.

“Penso que a gestão das instituições e não apenas a minha em particular tem que pensar mais nas pessoas, e pensar nas pessoas, é dar valor ao cuidar e para isso é preciso tempo e recursos humanos, são necessários mais enfermeiros” [E13E(C)].

Em síntese, as reflexões sobre as práticas de cuidados, ajudadas pelo desenvolvimento das teorias do cuidar das últimas décadas, têm permitido redirecionar os cuidados de enfermagem para conceções e práticas consistentes com os cuidados centrados na pessoa, ao contrário dos anteriores, mais centrados nos métodos de prestação e na organização dos cuidados, (Turkel, 2013) e que neste trabalho também foram sugeridas como propostas de alteração dos cuidados nos LTC. Salientaram-se a necessidade de considerar a qualidade dos cuidados como a chave da mudança; a necessidade de controlo pelas entidades fiscalizadoras; a implementação de rácios de enfermeiros adequados; a valorização destes contextos da prática e a necessidade de incluir os enfermeiros nas decisões sobre os cuidados, a valorização do cuidar e colocação da pessoa no centro das práticas.

4.4.2 Percepções dos utentes

Modos de ser ou estar dos enfermeiros

Para os utentes, a relação de cuidar é definida a partir dos modos de ser e de estar dos enfermeiros. As percepções expressadas relacionadas com os seus modos de ser ou estar incluíram andar bem-disposto, conhecer os problemas dos utentes, estar disponível e mostrar boa vontade, mostrar respeito e ser amável e amigável, ser bom ou boa ouvinte, ter moral e bom feitio ter paciência e consideração, ser imprescindível ou muito importante e ser simpático e alegre, tratar o utente como se fosse da família e tratar o utente pelo nome.

“É muito importante haver enfermeiros para receberem ordem do Dr. e tratarem da gente quando é preciso, eu sinto-me mais à vontade com isso. De certeza que conhecem os meus problemas, então têm que conhecer a doença do utente para o tratarem”[E4U(C)].

Ao contrário do que acontece com os domínios cognitivo e funcional, o bem-estar afetivo e a estabilidade emocional podem estar presentes em elevados níveis, nas pessoas idosas, como resultado de estratégias de coping centradas nas emoções (Afonso, 2012). O discurso de alguns utentes evidencia o sentido das emoções que experimentam e o bem estar que expressam a partir da relação de cuidar.

“Anda aí um que tem barbas, esse é muito simpático..., diz que sou parecida com a sogra dele, brinca sempre comigo. Esse alto...puxa-me o nariz e diz que pareço uma rapariga de 20 anos. Não gosto de ser velha”[E1U(B)].

Para além de expressarem o bem-estar sentido sugerem também a intencionalidade dos gestos dos enfermeiros e o seu envolvimento, característicos do cuidar e do processo de conhecer (Swanson, 2013) e que, no caso destas utentes, é manifestado como terapêutico.

“São muito carinhosos, do mais velho ao mais novo e muito meus amigos. Um bate-me nas costas outro beija-me, são todos muito meus amigos, não sei qual é o melhor e é muito importante que eles sejam carinhosos [E8U(C)].

Enquanto comportamento carinhoso, o cuidar não tem sido muito explorado nas pesquisas de enfermagem mas os utentes destes contextos salientaram a sua importância e evidenciando o ser carinhoso e dar atenção como formas de se centrar no utente e de cuidar porque tem implícito um modo de estar que aprecia a pessoa em pormenor e que envolve prestador e recetor de cuidados (Swanson, 2013).

Para uma pessoa significativa de um utente, foi a paciência, a capacidade de ouvir percebidas que fazem sugerir que a enfermeira se centra no utente, elemento constitutivo do processo de conhecer.

“A enfermeira L. demonstra muita paciência... e é boa ouvinte. E tem a preocupação de não se esquecer do nome dele, trata-o sempre pelo nome, tem essa preocupação”[E7U(D)].

Mayeroff (1971) refere que a paciência é um elemento importante do cuidar porque permite ao outro crescer ao seu tempo e à sua maneira. A paciência não é uma espera passiva por alguma coisa que possa acontecer, é antes uma espécie de participação com o outro na qual as pessoas se dão como a si próprias.

Em síntese, os modos de ser ou estar dos enfermeiros, nestes contextos, foram percebidos pelos utentes em termos de atitudes de cuidar que estes cuidadores apresentaram, e incluíram de um modo mais ou menos explícito, o conhecimento do como e do porquê da pessoa cuidada, ambos relacionados com a ajuda ao outro, no sentido do seu crescimento (Mayeroff, 1971) e que refletiram preocupações e compromissos subjacentes à ação de cuidar.

O cuidar como um modo de intervir

O cuidar, como um modo de intervir, engloba o conjunto das intervenções terapêuticas enquanto atos deliberados e previamente planeados, com o objetivo de proporcionar saúde e bem-estar e que são consideradas formas de cuidar em enfermagem (Watson, 2009).

Os utentes percecionaram este modo de intervir e identificaram-no, como não mostrar pressa, acalmar, acarinhar ajudar, encorajar, defender, esclarecer, tratar com carinho, fazer tratamentos, dar medicamentos e dar tempo que o médico não dá, entre outros, que têm implícito, a avaliação e o *processo de conhecer*.

“Não mostram pressa, e quando vêem que são problemas para o médico resolver mandam-me logo à médica, e tratam-me sempre com boa vontade” [E3U(B)].

E também de apreciar com detalhe, elemento constitutivo do mesmo processo.

“E até as brincadeiras que ela faz, as brincadeirazitas que vai fazendo com ele são no sentido de o pôr mais atuante” [E7U(D)].

Muitos problemas antes atribuídos ao envelhecimento, hoje são reconhecidos como consequência de doenças crónicas ou adversidades sociais. Às alterações normais da idade juntam-se as doenças crónicas, como a diabetes, problemas cardiovasculares e osteoarticulares que resultam em declínio funcional (Radwanski, 2011) e que requerem uma abordagem interdisciplinar no sentido de retardar esse declínio e que os utentes identificaram como importante porque permite proteger e antecipar, elementos do processo de fazer e que também é fundamental no cuidar, o que requer de quem cuida a consciência de preservar a dignidade do outro passível de ser comprometida, se esse outro, em vez de sujeito, se tornar objeto para o cuidador (Gadow, referido por Swason, 2013) e que outra utente também salienta.

“Os Srs. Enfermeiros são meus amigos, sim. Tudo o que digo ou peço eles fazem-me tudo, acho que são mesmo meus amigos. O médico aqui não perde tempo connosco, os enfermeiros são mais simpáticos do que o próprio médico... que não nos liga muito [E8U(C)].

Uma cuidadora informal, que recebe cuidados em atendimento domiciliário também elucida sobre o processo de *estar com*, nos modos de intervir que para além de incluir o estar presente, inclui mostrar competência, empatia e partilha de sentimentos, como refere esta cuidadora.

“Quando deixamos o meu marido, ou se a levo [a enfermeira] até ali à porta já temos trocado impressões sobre o meu marido e concordado que a situação é muito complicada, que não se pode exigir mais, mas há uma certa cumplicidade entre nós as duas. E acho que ela nos apoia aos dois do ponto de vista psicológico” [E7U(D)].

O *fazer por ou para* os utentes é identificado a partir das intervenções terapêuticas dos enfermeiros, associadas a cuidados de natureza mais instrumental, mas também cuidados de supervisão e de proteção, como referem.

“Põem-me o selo duas vezes por semana mas estão sempre a dizer que não é preciso andar com dores, que posso tomar outros medicamentos para não andar com dores”[E4U (C)].

São também cuidados ou terapêuticas de enfermagem desempenhadas com competência que permitem confortar, proteger e preservar a dignidade (Swason, 2013), que são percebidas pelos utentes nos modos de intervir dos enfermeiros.

“Nunca chegam ao pé de nós [os enfermeiros] que não digam “Bom Dia” e depois picam os dedos para medir os diabetes e dizem a quantos estão, eles são meus amigos, de mim e de toda agente....”[E11U(D)].

Para Mayeroff (1991), o cuidar é ajudar o outro a crescer e a atualizar-se, fundamental nos processos de transição, que um utente também reconheceu como facilitador e que integra o processo de *possibilitar* nos modos de intervir.

“Preocupam-se comigo, porque eu tenho falta de ar, tenho bronquite asmática...Puseram-me lá uma máquina, que ainda lá está, para de noite quando tenho falta de ar e que os não possa chamar por qualquer motivo, para pôr eu o oxigénio. E ensinaram-me tudo como havia de fazer (...) são impecáveis...[os enfermeiros]. Eu nem sei, onde eles vão buscar tanta paciência para tratarem da gente! A mim parece-me que não teria assim tanta paciência...embora também tenha tido para tratar minha esposa...”[E13U(D)].

O processo de possibilitar significa estar atento às transições do outro. Um cuidador que possibilita ou facilita é aquele que usa as suas competências profissionais, que incluem conhecimentos e habilidades para o crescimento do outro, em termos de saúde e gestão do auto cuidado (Swanson, 2013). Possibilitar é também prestar informação, apoiar emocionalmente e validar a informação prestada.

O outro processo de cuidar, *manter a crença*, também foi identificado a partir da perceção que os utentes tiveram dos modos de intervir dos enfermeiros. O manter

a crença ou auto estima é oposto a não ter esperança, como sublinha Swanson e é elucidado nas palavras de outra utente.

“Vêm tratar do meu marido [as enfermeiras] mas também tratam de mim. E dão-me muitos bons conselhos e estão sempre a apoiar-me, quando preciso de saber alguma coisa pergunto-lhes, e elas estão sempre em meu favor e encorajam-me muito”[E6U(D)].

Para cuidar de uma pessoa, segundo Mayeroff (1971), é necessário compreendê-la, a ela e ao seu mundo, como se fizesse parte dele. “I must be able to see, as it were, with his eyes what is world is like to him and how he sees himself” (p.53). Cuidar do outro significa encorajá-lo e inspirá-lo a ter coragem para ser ele próprio.

Em síntese, os modos de intervir em contexto de LTC, identificados a partir das perceções que os utentes tiveram dos cuidados que receberam, foram não mostrar pressa e apreciar com detalhe, demonstrar empatia, competência e partilha de sentimentos, prestar informação, apoiar emocionalmente e validar a informação prestada e encorajar de modo intencional e mostrar compreensão pelo mundo do outro que integraram processos de conhecer, estar com, fazer, possibilitar e manter a crença da estrutura cuidar, de Swanson.

O cuidar como resultado da intervenção

Como resultado da intervenção, o cuidar foi identificado a partir das perceções dos utentes, nestes contextos como uma cumplicidade benéfica, intervenções pertinentes que permitem manter a vida, uma presença gratificante, um contributo na resolução de problemas, melhorias clínicas, sensação de tranquilidade e segurança, sentir-se acarinhado, sentir-se acompanhado e sentir-se bem com os cuidados.

Embora não exista na literatura consenso absoluto sobre a importância do cuidar no tratamento da doença, existe o reconhecimento do seu valor na saúde, no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas idosas (Nies et al., 2010; Watson, 2012). Este reconhecimento articula a definição da OMS de cuidados de longa duração como sendo um sistema que associa atividades realizadas por cuidadores informais ou formais, que incluem família, amigos, vizinhos ou profissionais de saúde e de serviços

sociais. Deverão ser capazes de garantir cuidados pessoais adequados e de manter a melhor qualidade de vida da pessoa de acordo com as suas preferências individuais, preservando o mais possível a sua autonomia, independência e a participação pessoal que, na perspetiva do utilizador, parece significar mais do que qualidade dos cuidados (Nies et al.2010).

Ainda assim, num estudo desenvolvido na Irlanda (Cooney, Murphy & O'Shea, 2008), o cuidado ético, a identidade e o sentido de si e de pertença, as relações sociais e as atividades e terapias foram os temas que demonstraram ter mais impacto na qualidade de vida das pessoas, em contexto de cuidados de longa duração.

Medir os resultados do cuidar, nas pessoas idosas, parece (deste modo) complexo. Contudo, para Sherwood (2013), os resultados das intervenções de cuidar “são concretizados pela resolução das necessidades físicas e afetivas dos clientes, e resultam em sentimentos de auto cuidado, autonomia, conforto, segurança, paz e relaxamento” (p.366) e que os utentes destes contextos também expressaram.

“Sinto-me muito mais tranquila quando sei que os enfermeiros cá estão muito mais...sinto-me muito melhor ao pé deles porque se a gente tem qualquer coisa chama logo por eles, vêm” [E4U(C)].

Nesta utente, com patologia oncológica, o resultado do cuidar é a sensação de segurança. Para outros utentes, é o conforto proporcionado pelo controlo da dor.

Para as pessoas idosas, a dor é uma das causas de doença e de mal-estar e que mais utentes referiram neste estudo. Tanto em situações agudas de doença, como em contexto de cuidados a pessoas com problemas crónicos de saúde, este sintoma acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde. O seu controlo eficaz é um direito dos doentes e um dever dos profissionais de saúde. Considerada como o quinto sinal vital pela Direção Geral da Saúde, desde 2003, a dor é frequentemente, subvalorizada, na medida em que em muitos contextos de cuidados a avaliação da dor do doente ou do utente não é feita de modo sistematizado nem é monitorizado o resultado da intervenção terapêutica, mas que este utente referiu como eficaz, ainda que de modo temporário.

Os enfermeiros sabem que eu tenho aqui artroses nos joelhos. De vez em quando põem-me cá uma pomada e fazem-me uma massagem..., Não desincha tudo, mas desincha um bocadito e a dor fica melhor...alivia. [E11U(D)].

São estes e outros os desafios que as pessoas mais velhas oferecem, porque a presença de dor, para além de reduzir a qualidade de vida e tornar suscetível o aparecimento de uma série de condições clínicas, como a depressão, distúrbios do sono, ansiedade e eventualmente, comportamento agressivo, constitui-se também como uma ameaça à identidade da pessoa, à sua dignidade e respeito e contribui para uma maior vulnerabilidade e para a erosão da sua autonomia e independência (Brown & McCormack, 2011) e que por isso é importante retardar, como referiu outra utente.

“Desde que vim para esta casa os enfermeiros tem-me ajudado muito...menos os diabetes, esses é que não melhoram, mas desde que para aqui vim tenho sempre melhorado”[E10U(G)].

Para além da resolução de necessidades físicas e afetivas, referidas atrás, na sua teoria de médio alcance Swanson (2013), identificou, ainda, como resultados do cuidar a melhoria do “empoderamento”, que uma utente assistida em cuidados domiciliários também referiu.

“Informam-me e ensinam-me muito, ensinaram-me a fazer muitas coisas, porque eu não estava preparada. A melhor coisa que poderiam ter feito foi arranjar os cuidados continuados e as enfermeiras virem cá a casa...porque nós sentimo-nos mais acompanhadas”[E6U (D)].

A gestão efetiva e o “empoderamento” das pessoas idosas e das suas famílias, também identificada por outros investigadores, ajuda os idosos e famílias a serem competentes nos cuidados e deve ser um objetivo dos profissionais de saúde na interface entre os cuidados formais e os informais (Lage, 2005), como são os cuidados domiciliários. Esta “gestão da informação”, já referida neste trabalho e identificada por Lopes, (2005), permite aos cuidadores informais fazerem um uso adequado dos seus recursos familiares e sociais, porque os sistemas formais e informais de cuidados não constituem processos independentes (Lage, 2005). E o ensino e educação eficazes são

também formas de cuidar porque permitem ao utente ou à família aprender a viver com a situação de dependência e desenvolver comportamentos de adaptação para a gerir. Inicia-se pela avaliação de necessidades educativas e de informação e os resultados são medidos pela capacidade que a pessoa tem de incorporar novos comportamentos de “empoderamento” ou de saúde no estilo de vida preferido (Habel, 2011). A convergência entre os objetivos clínicos e os da pessoa cuidada, desenvolvida no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel é transportada para a prática pela parceria entre os enfermeiros e enfermeiras e o utente/família e faz parte do processo de intervenção profissional ou terapêutica de enfermagem (OE, 2001) que, implementados de modo sistemático e avaliados, permitem também identificar os resultados do cuidar como uma intervenção terapêutica.

Os utentes assistidos nestes contextos, como a sua caracterização deixou claro, não são muito escolarizados, mas reconhecem o bem estar físico e emocional que o cuidar lhes proporciona e apresentam também expectativas elevadas relativamente às intervenções de cuidar e às competências de quem presta os cuidados, como evidenciaram os discursos de outras utentes.

“Vou andando mas é só à base de comprimidos e de injeções...mas vou andando até um dia parar... mas os enfermeiros tratam a gente como deve de ser, não deixam a gente ao abandono, tratam de nós como deve de ser, senão não estariam cá (...) Perguntam se estou melhor ou se sinto melhoras...mas o dever deles é esse!” [E5U(C)].

“Cá por mim acho que [os enfermeiros] me têm tratado com carinho,que fazem a obrigação deles” [E4U(C)].

Segundo Valentine (2013), os dois resultados mais relevantes da efetividade das práticas de enfermagem, são o cuidar e a satisfação do cliente. O cuidar enquanto constructo multidimensional, integra atributos das enfermeiras e enfermeiros, conhecimentos profissionais e a competência para interações terapêuticas com os utentes e famílias. Deste modo, a perspectiva dos consumidores no processo de tratamentos, como no do cuidar, é fundamental para estudar e compreender os utentes como pessoas e não apenas como entidades clínicas, condições ou dependências.

A quantidade, qualidade e tipos de cuidados (expressivos, instrumentais, preventivos, curativos ou de reabilitação) dependem da avaliação da pessoa na sua totalidade e unicidade que é facilitada pelo cuidar. Este, ao centrar-se em simultâneo, no geral e no particular, permite, identificar, os modos como, cada particularidade ou necessidade podem influenciar a saúde e bem-estar de quem recebe cuidados. E para que não seja arbitrário ou não seja uma questão de sorte de estar no lugar certo na altura certa (Jesuino, 2012), porque, nesta fase do trajeto humano é o próprio corpo que ataca a pessoa e decide como e do quê ela há-de padecer, e qual o tipo de dor ou de loucura irá ter, como refere, Valter Hugo Mãe, receber cuidados e sentir-se cuidado é encontrar significado neste período da vida. E ter ajuda para o fazer ou seja, para encontrar significado nesta etapa é também assumir e reconhecer responsabilidade individual e coletiva de cuidar uns dos outros, porque é o cuidar que dá sentido à vida dos humanos.

Não cuidar

No relato das experiências dos utentes com os enfermeiros e enfermeiras, nestes contextos, algumas das expressões de ambos deixaram clara a existência de constrangimentos na relação de cuidar, expressados como fazer apenas o que têm para fazer, ter pouco tempo para falar, não atender logo, não ter tempo para antecipar necessidades e para conhecer bem os utentes e não explicar. Riemen (2013) estudou o cuidar e o não cuidar em contextos clínicos, a partir das perceções dos comportamentos das enfermeiras e dos enfermeiros pelos utentes e depois de analisados agrupou os comportamentos de não cuidar em cinco categorias: “estar com pressa e eficiente”, “fazer apenas o trabalho”, “ser rude e menosprezar os pacientes”, “não responder” e “tratar os pacientes como objetos” (Riemen, 2013, p. 293-297). Alguns destes comportamentos foram também identificados nos discursos dos utentes.

“Não me vem à mente se seria isto...ou aquilo... mas gostava que [a enfermeira] respondesse mais do que eu desejava, que me esclarese muito bem das minhas dúvidas. Não digo que ela erre, errar é humano, mas não digo que ela erre. Eu também sei que ela não pode fazer milagres, e acho que nem sempre terá muito tempo....ou não terá disposição...” [E14U(D)].

A preocupação com a singularidade de cada utente e cada situação particular exigem de quem cuida respostas dinâmicas, envolvimento e preocupação com aquele a quem se prestam cuidados. É a solicitude, que dá ao outro o poder de ser aquilo que ele quer ser (Marçal, 2004). A falta de solicitude, percebida no discurso, remete também para a possível falta de tempo que a revisão da literatura considera parte integrante do cuidar (Watson, 2009 & Nies et al., 2010), em contexto de LTC, e componente fundamental do resultado, como foi percebido por uma pessoa significativa de um utente idoso.

“Ainda não foi possível pô-lo de pé...mas é muito pouco tempo... realmente ele também não pode fazer muito, mas na minha opinião é pouco tempo aquele de que a Sr.ª Enfª dispõe. Porque eu acho que para este género de doentes é necessário muito tempo”[E7U(D)].

O “não ter tempo para falar e fazer (apenas) o trabalho que têm que fazer” também foram identificados no discurso de outra utente.

“Elas [as enfermeiras] não se podem demorar muito com a gente... têm o serviço delas para fazer e aqui há muitos doentes. Uns têm pensos, outros estão acamados e elas precisam do tempo para tratar de quem está doente, o que deve ser difícil... Deve ser difícil porque há aí muita gente que já não está bom da cabeça e é preciso muita paciência... e se calhar as enfermeiras já não terão muita, pois quem é que não a perde?! [E15U(D)].

A relação entre a qualidade dos cuidados e o cuidar tem sido salientada por vários investigadores e, embora não seja totalmente consensual, a função específica do cuidar nesta relação, enquanto serviço humano prestado aos humanos, a duração da prestação dos cuidados é parte integrante do produto final (Madörin, 2007 em Nies et al., 2010). Foi este o entendimento do cuidar de enfermagem e da sua importância nos cuidados de longa duração, que está refletido e expresso nos indicadores de qualidade dos cuidados, para estes contextos, defendidos e publicados pelo European Centre for Social Welfare Policy and Research de que é exemplo o indicador “percentagem de residentes que sentem que o pessoal da unidade conhece a sua história de vida” (PROGRESS, 2010).

A prática de cuidar depende do sentido dado aos gestos, numa determinada situação, mas depende, igualmente, do tempo gasto nas ações de cuidar (Nies et al., 2010). A assunção deste pressuposto reflete-se noutro dos principais indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem em LTC, o “tempo médio de cuidados diretos por dia e por residente”, que nos equipamentos da tipologia de lar é referido por muitos utentes como insuficiente.

“Eles não falam muito, mas também não podem fazer tudo... os doentes são muitos e não podem dar assim muita atenção a todos...” [E4U(C)].

O exposto, confirma a ideia de que a compreensão dos componentes da qualidade, estrutura, processo e resultado, não é simples nem linear e tem também que ser definida pelo tempo e pelas circunstâncias (Duffy & Hoskins, 2013) de que os cuidados de longa duração são exemplo.

5. TRIANGULAÇÃO E DISCUSSÃO DO CASO

5.1 O PROCESSO DE CUIDAR

O cuidar é considerado a essência da disciplina de enfermagem e integra atenções, preocupações, intenções, juízos e disponibilidades, todas condições humanas, que ainda podem crescer, pela exploração e descoberta dos traços essenciais que o integram (Mayeroff, 1991). Caracteriza-o a particularidade de apenas poder ser julgado pelo bem-estar (Watson 2002) de quem o recebe, as pessoas cuidadas.

É no cuidar da pessoa que se estrutura o papel dos enfermeiros e das enfermeiras, situado sobretudo na qualidade da relação que estabelece com os clientes. “É na forma de fazer e de estar nesta relação que se situa o aspecto terapêutico do cuidado” (Chalifour, 2008, p.24). E quem cuida desenvolve processos que integram saberes, raciocínios e estratégias terapêuticas com a finalidade de estruturar e fazer progredir as suas intervenções, suscetíveis de integrar a ação de cuidar que representa diferentes modos de estar em relação.

Nesta pesquisa, o cuidar, enquanto relação terapêutica foi estudado a partir de uma matriz quantitativa o ICC aplicado aos utentes e enfermeiros, e de uma matriz qualitativa, que teve por base entrevistas semi estruturadas, a quem presta e a quem recebe cuidados, ou seja, os atores do processo de cuidar em contexto de LTC, com a finalidade de obter um conhecimento profundo do mesmo. O uso de várias fontes de evidência prendeu-se com a necessidade de tornar mais compreensível um fenómeno que é humano, mais ou menos invisível e muitas vezes privado e difícil de definir (Watson, 2002), e dar-lhe um nível de objetividade capaz de caracterizar a sua presença, nestes contextos.

Os enfermeiros e enfermeiras que prestaram cuidados e que integraram o estudo são licenciados, alguns a frequentar mestrados, jovens, entre os 20 e os 35 anos e a maioria com menos de 4 anos de serviço.

O elevado grau de concordância que manifestaram com as várias dimensões do cuidar que integram o Inventário de Comportamentos de Cuidar, *Investimento Comunicacional*, *Investimento Ético*, *Investimento Compreensivo*, *Investimento técnico e Disposição e atenção positiva da pessoa* reflete a importância do cuidar na relação

que estabelecem com a pessoa cuidada, reproduzindo também o conhecimento de si e do seu papel e dos conteúdos teóricos em que acreditam (Chalifour, 2008). Foram os comportamentos mostrar respeito pela pessoa idosa e ser honesto com ela, conhecer as suas necessidades manifestadas e não manifestadas, colocar a pessoa idosa em primeiro lugar, ajudar a reduzir a sua dor, levar a pessoa idosa a expressar os seus sentimentos e dar-lhe informações para que tome decisões os comportamentos de cuidar que obtiveram um grau de concordância quase total.

A partir da desconstrução dos discursos, obtidos nas entrevistas a um sub conjunto da amostra inicial, extraíram-se também expressões relacionadas com o contexto dos cuidados, expressões relacionadas com os cuidados prestados, expressões relacionadas com os resultados dos cuidados, expressões associadas aos constrangimentos e gratificações dos cuidados e expressões associadas a propostas e soluções que configuraram igual número de tipologias de respostas designadas por: *Cuidar - Modos de pensar o contexto dos LTC* ; *Cuidar - Modos de intervir em contexto de LTC*; *Cuidar- Resultados da intervenção*, *Cuidar- Gratificações e Constrangimentos associados ao cuidar nos LTC* , e *Cuidar nos LTC - propostas de alteração*.

O sentido da ação dos enfermeiros, obtido pela reflexão e relato das experiências de cuidar expressadas nestas tipologias e nos seus significados, foi relacionado com os processos de **conhecer, estar com, fazer, possibilitar e manter a crença**, que integram a estrutura de cuidar de Swanson (1993 e 2013).

O modo de pensar o contexto dos LTC foi orientado para os sujeitos dos cuidados e para a relação exposta no reconhecimento do outro como pessoa total manifestada nas atitudes e construída com tempo, como expressaram, exigente, em termos de competências e que foi salientada nos discursos de quem cuida por necessidade de conhecer bem os idosos. O processo de conhecer foi aquele que os enfermeiros consideram prioritário na relação de cuidar, enquanto conhecimento e capacidade fundamental para entender as necessidades do outro (Mayeroff, 1991), sobretudo com os componentes *centrar-se no utente, apreciar com detalhe, procurar sinais* e envolver ambos. Intimamente ligado ao processo de conhecer, o processo de estar com foi identificado com os elementos, *estar presente* e *partilhar sentimentos*, que encontram similaridade no comportamento do ICC, mostrar respeito pela pessoa idosa e ser honesto com ela, confirmando, mais uma vez, a centralidade da pessoa no

processo de cuidados enquanto ser único, autodeterminado, e merecedor de respeito e dignidade, independentemente da idade (Rogers, em Birchfield, 1999).

Nos modos de intervir em contexto de LTC, a partir das reflexões que os enfermeiros fizeram das suas práticas, reconheceram-se alguns elementos dos modelos de prática profissional centrados na pessoa, defendidos para todas as práticas de enfermagem mas de um modo particular para as práticas de cuidados com idosos, em que a compreensão da individualidade da pessoa (McGilton, 2012) é o requisito fundamental.

Os modos de intervir neste contexto encontraram similaridade com o processo de fazer por ou para o utente (Swanson, 2013) e, neste, foi sobretudo o elemento desempenhar com competência que emergiu dos discursos demonstrado pelo conjunto de habilidades clínicas que as enfermeiras e enfermeiros referiram realizar nestes contextos e que encontram correspondência num dos comportamentos expressados no ICC como mais importante que foi ajudar a reduzir a dor da pessoa idosa, de grande importância em cuidados de longa duração (Jaguer, 2011, Radwanski, 2011) e responsável por alterações do bem estar, perturbações do humor e alterações comportamentais dos idosos quando não é assegurado ou garantido. Para Chalifour (2008, p.24), aquele que ajuda, no momento da intervenção, deve ser capaz de “traduzir em comportamentos articulados as suas características pessoais e os seus conhecimentos profissionais”. E, para que a intervenção se torne terapêutica, ela deverá caracterizar-se primeiramente pela qualidade da relação que se estabelece entre a pessoa que ajuda e aquela que é ajudada.

O processo de possibilitar, também identificado nos modos de intervir com os elementos centrar-se no utente, informar, explicar, apoiar e permitir, encontra similitude com os comportamentos levar a pessoa a expressar os seus sentimentos e dar informações para que tome decisões, identificados a partir do inventário dos comportamentos de cuidar e revelador do grande investimento que quem presta cuidados nestes contextos coloca na comunicação. Esta, que, aparentemente, pode apresentar características de uma comunicação corrente, em contexto de ajuda profissional, e tendo em conta o papel das pessoas em presença e a posição que ocupam, uma em relação à outra, contribuem para que o objeto da troca e as expectativas das pessoas assumam uma outra importância (Chalifour, 2008). Além

disso, facilita as transições em saúde porque decorrem da aquisição de conhecimentos e habilidades para o utente que se constituem como oportunidades de desenvolvimento da pessoa (Shumacher, Jones & Meleis, 1999).

Na perspectiva de quem recebeu cuidados, os utentes, maioritariamente pessoas do sexo feminino e com idades entre os 79 e 98 anos e com 4 anos de escolaridade, a sua perceção sobre o cuidado recebido foi obtida através do ICC, na versão utentes e de entrevistas semi estruturada de modo idêntico às dos enfermeiros.

A matriz quantitativa, usada para explorar o cuidar nos cuidados de longa duração, tornou evidente que, nos contextos analisados, os cuidados de enfermagem ou simplesmente cuidar de enfermagem é apresentado pelos enfermeiros e percebido pelos utentes de modo idêntico e efetivo para quem o presta e para quem o recebe reproduzindo tanto a compreensão filisófica (Ayres, 2004) do cuidar como as suas orientações práticas.

Da matriz qualitativa extraíram-se perceções sobre o cuidar de enfermagem a partir da reflexão sobre a interação, que foram agrupadas em quatro tipologias de opiniões: *Cuidar como modo de ser ou estar dos enfermeiros; Cuidar como um modo de intervir; Cuidar como o resultado da intervenção e Não cuidar.*

Os utentes que receberam cuidados expressaram o cuidar a partir do investimento que é colocado na relação, aspetos que encontraram simultaneidades nos comportamentos mais vezes percebidos na análise quantitativa do cuidar, indiciando que, neste contexto, as enfermeiras e os enfermeiros reúnem em si aquilo que é necessário para ser cuidadores (Tonges, 2011) na perspectiva dos utilizadores dos cuidados.

No investimento que fazem na relação, foram os comportamentos ser simpático, usar uma voz suave e simpática e cuidar do utente como ser humano os mais vezes referidos e que encontram enquadramento nas perceções dos utentes como mais significativas no *Cuidar como um modo de ser ou estar dos enfermeiros*. No processo de estar com a pessoa (Swanson, 2013), encontraram-se semelhanças sobretudo com os elementos, estar presente e partilhar sentimentos, identificados nos discursos e que, em si mesmo, também são *Cuidar como um modo de intervir* ou processo de fazer que neste contexto, permitem confortar e preservar a dignidade. De

novo Chalifour(2008) elucida que tais atitudes dependem do desenvolvimento pessoal e profissional, que neste caso, quem cuida, coloca na relação pessoal e profissional, em estreita relação com as características e expectativas dos utentes e reflete o conjunto das suas características pessoais e profissionais no seu modo de intervir.

Do processo de conhecer, identificado a partir das falas dos utentes, os elementos apreciar com detalhe e procurar sinais encontraram também similaridades no *cuidar como um modo de intervir*, que foram os elementos mais percebidos pelos utentes no agir dos enfermeiros e das enfermeiras, nestes contextos.

O processo de possibilitar, também reconhecido na relação de cuidar pelos utentes, foi identificado a partir dos elementos centrar-se no outro e informar, que encontraram similaridade nos comportamentos percebidos a partir do ICC com os comportamentos “assegurar uma presença tranquilizadora” e “escutar a minha opinião sobre os cuidados que me vão prestar”, evidenciando um padrão de cuidar recebido, evoluído, porque tornou discerníveis os seus diferentes elementos (Mayeroff, 1991).

Porque os cuidados de enfermagem prestados e recebidos resultam da interação entre cuidador e pessoa cuidada (perspetivas de Peplau, Orlando e Travelbee, entre outros) o cuidar de enfermagem, nestes contextos, enquadra-se na escola da interação em que a pessoa é a essência da intervenção e o cuidar “é a terapêutica e fornece ajuda e assistência” (Kérouac, Pepin, Durcharme, Duquette & Major, 1994) no contexto e aos sujeitos que o integram e que aí residem. E porque foram referidos e percebidos como cuidados centrados na pessoa e no respeito pelos seus valores e opiniões, encontram também congruência no cuidado cultural (Leininger referida por George, 2000) na medida em que as assistências e condutas de apoio dirigidas ao indivíduo ou grupo com necessidades reais ou potenciais tiveram como finalidade preservar e manter o seu modo de vida e preservam valores e crenças desejáveis e úteis para atenuar ou melhorar a situação humana.

5.2 AS ESTRUTURAS ONDE OCORREU O CUIDAR

Tanto os países desenvolvidos como os que estão em vias de desenvolvimento têm adotado diferentes estratégias para responder ao rápido envelhecimento da

população e às necessidades dos idosos mais frágeis. No nosso país, estas estratégias traduziram-se pela expansão dos serviços de LTC, implementados num sistema misto (público/privado) centrado em subsídios públicos das instituições sem fins lucrativos (IPSS), que cobram ao ministério dos assuntos sociais um subsídio mensal por cada pessoa idosa cuidada, negociado anualmente (Joël, Dufour-Kippelen & Samitca, 2010). Em paralelo com este sistema, outras estruturas dependentes do ministério da saúde e dos assuntos sociais articulam-se numa rede de serviços e equipamentos diversos e que tem em comum a prestação de cuidados de saúde e de bem estar às pessoas idosas em situação de dependência ou risco de a adquirir.

A diversidade destes contextos de cuidados na Europa, e as expectativas cada vez mais elevadas de quem necessita deles e os recebe, têm requerido a regulamentação dos procedimentos e avaliação da qualidade, para além dos requisitos mínimos, enfatizando a complexidade da assistência e as competências profissionais dos cuidadores, que são necessárias, aliados à proteção dos direitos dos utentes (Comissão Europeia, 2008). Também a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2012) reconhece que ainda existem lacunas na prestação de cuidados aos idosos, em muitos países, espelhados na fraca qualidade dos resultados, mas outros desenvolvimentos e evidências dão ênfase aos modelos de cuidados centrados na pessoa (McCormack et al. 2010; McGilton et al., 2012, Siegel et al. 2012) e apontam o cuidar de enfermagem ou terapêutica de enfermagem (Tonges, 2011, Swanson, 2013) como resposta a estas preocupações.

Os ambientes estudados foram considerados por quem presta cuidados, ambientes de grande riqueza humana, onde se recebe e dá carinho, onde se aprende com os idosos e com o relato das suas experiências de vida e se sente a gratificação de cuidar, expressa ou implícita nos gestos e sorrisos de quem se sente cuidado, expressões reveladoras da motivação (Vaarama, 2008) de quem cuida, nestes contextos. São também ambientes onde se vivem relações de grande proximidade, quase familiares, como refere uma utente, *“São como se fossem da família. E eu acho que está bem assim, que se liguem às pessoas”* [E15U(J)]. E também um enfermeira: *“Eu às vezes sinto-me um bocado como a família... claro está, não levando estes problemas para casa, mas acabamos por ser família, ... por exemplo, aquele senhor de que falei à bocado, que depois de cumprimentar me pergunta logo até que horas é que*

cá estou. Se estou mais alguns dias sem trabalhar, ele diz-me logo - esteve tanto tempo sem cá vir...” [E3E(A)].

Do cuidar de enfermagem ou intervenção profissional dos enfermeiros e enfermeiras, fazem parte o conjunto de ações encadeadas que passam por conhecer, planear, intervir e avaliar. São mediadas por processos de decisão e a complexidade dos processos de saúde e de doença, que impõe um trabalho multidisciplinar, faz destas ações cuidados de saúde (Basto, 2005), que são sempre respostas humanas baseadas em interações entre a pessoa que os presta e a pessoa que os recebe e o ambiente.

Estes ambientes, ainda de acordo com os sujeitos que os protagonizam, são ambientes de cuidados onde não há acompanhamento especializado aquando das perdas e do luto, onde é necessário gerir dificuldades relacionadas com os diferentes níveis de responsabilização dos cuidados e onde é difícil gerir todos os problemas da pessoa idosa sobretudo por falta de tempo. *“A qualidade dos cuidados depende da colaboração que se tem das auxiliares, também não conseguimos bons cuidados se as auxiliares não colaborarem... por melhor enfermeira que eu possa ser, não consigo chegar a todos [E6E(E)].*

Enquanto serviço especial prestado aos humanos e por humanos, o cuidar não pode ser totalmente racionalizado (Nies et al., 2010) e uma relação assimétrica como é a de cuidar não pode apenas ser entendida em termos de eficácia e da eficiência. Esta relação é sustentada pela confiança recíproca enquanto processo dinâmico no qual os enfermeiros e os utentes são atores cúmplices e comprometidos na sua construção (Lourenço et al., 2011) que decore e é construída no tempo. Este tempo, referido como facilitador da relação de cuidar, em alguns dos ambientes, porque é parte integrante dos bens trocados e dos seus resultados (Nies et al., 2010), foi também expressado de modo recorrente como o maior responsável pelos constrangimentos do cuidar, sobretudo nos contextos onde o défice de horas de cuidados de enfermagem é mais acentuado e foi identificado tanto por quem presta como por quem recebe cuidados.

Em todos os contextos analisados, as horas de cuidados de enfermagem estão muito aquém do recomendado a nível internacional e muito abaixo do preconizado nos diplomas legais e documentos normativos existentes, com maior expressão nos

equipamentos da tipologia de lar. Nestes, o melhor rácio foi de 10,2 minutos de cuidados de enfermagem por dia e por utente e o pior foi de 4,38 minutos, não permitindo sequer uma avaliação eficaz das múltiplas necessidades da pessoa, nestes contextos.

O pouco investimento que tem sido feito nos cuidados de longa duração, para alguns investigadores (Siegel et al., 2012) está associado ao “idadismo” e ao pouco valor que tem sido dado às pessoas deste grupo etário, com expressão na falta de regulação e na carência de monitorização do desempenho das estruturas, que tem permitido práticas impensáveis para outras populações mais jovens. E, embora as políticas de cuidados de longa duração possam ser diferentes nos vários países da Europa, no caso de Portugal, existem algumas particularidades que podem justificar os constrangimentos atrás referidos como o facto de a segurança social ser a única responsável por reger este tipo de respostas e, simultaneamente assumir a função de as financiar e de as supervisionar (Martin & Brandão, 2012).

A Comissão Europeia (2008) recomenda que, para todas as tipologias de cuidados de saúde incluindo os cuidados de longa duração, as respostas de assistência sejam adaptadas às necessidades e preferências das pessoas e que o indicador principal dessa adequação seja o número de efetivos. Embora os cuidados de longa duração e a sua qualidade sejam um problema transversal a outros países, na maioria dos países da Europa, já foram introduzidas mudanças que podem ser avaliadas a partir dos resultados. Na Finlândia, a utilização de sistemas de referência teve impacto significativo nas taxas de consumo de medicamentos e a mudança em termos de padrões de medicamentos permitiu harmonizar o seu consumo, poupar gastos e prevenir eventos adversos associados aos erros terapêuticos. Também as mudanças nos padrões dos cuidados de enfermagem começaram a dar resultados, agora menos focados no tratamento e mais na prevenção e reabilitação, com ênfase na pessoa e nos cuidados dirigidos à prevenção da doença e à prevenção do declínio funcional (Finne-Soveri, Hannar & Noro, 2010).

Acresce, ainda, que a carência de recursos humanos, concretamente de cuidados de enfermagem, tem sido o principal responsável pela falta de fixação de profissionais nestes contextos (Tjadens & Colombo, 2011) e responsável pela falta de

qualidade dos cuidados com reflexo nas interações, entre quem cuida e quem é cuidado identificadas como constrangimentos ou não cuidar.

As formas de não cuidar percebidas pelos utentes deste estudo foram estar pouco tempo com os utentes porque os utentes são muitos, não esclarecer todas as dúvidas por falta de tempo ou disposição, não falar muito com os utentes porque o excesso de trabalho não permite, não atender logo por falta de tempo e não resolver os problemas por falta de tempo e que espelham a ausência de conformidade entre estas estruturas e as necessidades e preferências das pessoas e a falta de adequação de horas de cuidados de enfermagem para poderem responder a essas necessidades e preferências.

Particularmente significativas são as palavras de uma utente. *“Eles andam no trabalho e pronto, eles andam sempre a trabalhar, estes enfermeiros não passam frio, se trabalham....aquilo que tem a fazer fazem mas não tem tempo para falar, para grandes conversas”* [(E5U(C))].

O constrangimento relacionado com a desadequação das horas de cuidados é também manifestado por quem presta cuidados e percebido como condicionador das práticas de cuidar expressadas como não ter tempo para ouvir, não ter tempo para identificar todas as necessidades de utente; não ter tempo para fazer ensinios; não estimular cognitivamente o utente por falta de tempo; não dispensar aos utentes o tempo de que eles precisam e que outra utente também elucidou. *“Eles não falam muito, mas também não podem fazer tudo... os doentes são muitos e não podem dar assim muita atenção a todos...”* [E3U(B)]”.

Os sistemas de saúde de todo o mundo deparam-se com necessidades crescentes de cuidados de saúde e, simultaneamente com restrições financeiras que colocam desafios importantes aos decisores políticos e de saúde, mas, a par destes desafios, há ambientes que se preocupam com a excelência e que são capazes de atrair enfermeiros por serem favoráveis à prática de cuidados. Os ambientes de trabalho favoráveis ou de saúde permitem maximizar a qualidade dos cuidados prestados e o desempenho das organizações, e as carências, em termos materiais e humanos, conduzem à progressiva deterioração dos serviços de saúde, sobretudo os do estado e há evidências, provenientes de vários países, que rácios de enfermeiros inferiores aos necessários conduzem a complicações e a piores resultados (OE, 2007).

Estas associações (entre os rácios a segurança dos utentes e a qualidade dos cuidados) têm sido salientadas a nível internacional (Spilsbury, Hewitt, Stirk & Bowman, 2011) e as preocupações e desenvolvimentos mais recentes (European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2010) relativos à prestação de cuidados de longa duração a pessoas idosas recomenda o uso de indicadores de processo e de resultado, que acabam por refletir a importância que é atribuída ao cuidar. São exemplo desses indicadores: *o tempo médio de cuidados diretos por dia e por residente, a percentagem de residentes que sentem que o pessoal da unidade conhece a sua história de vida, a percentagem de residentes que se sentem seguros e protegidos com os cuidados, e a percentagem de residentes que sentem que não há pessoal suficiente para responder às suas necessidades, entre outros*. Estes indicadores são também expressão das terapêuticas de enfermagem, nestes contextos, porque a promoção da individualidade e dos cuidados centrados na pessoa são reconhecidos como um valor intrínseco da disciplina e da profissão de enfermagem em todos os países (Siegel et al. 2012), e que os utentes também reconheceram. *“A razão que me leva a confiar nelas, as [enfermeiras] deve ser pela prática que elas já têm, a formação que elas têm (...) Já há quase nove anos que cá vêm a casa já as trato como família” [E6U(D)]*.

As relações de cuidar são construídas no tempo, requerem conhecimentos e habilidades, conhecidos por competências, mas não existem fora das pessoas nem dos contextos, por isso, um princípio importante na qualidade dos cuidados é a compreensão de que os componentes, processo, estrutura e resultado dependem do tempo e das circunstâncias e não se limitam a cadeias de eventos (Duffy & Hoskins, 2013), deixando clara a importância que cada um dos seus componentes tem na qualidade e também no cuidar enquanto intervenção terapêutica.

5.3 RESULTADOS DO CUIDAR

O cuidar, enquanto serviço, foca-se na perspetiva que os cuidados, recursos e meio ambiente são igualmente importantes na obtenção dos resultados. Assim, assistir a pessoa com tecnologias, ajustar a cama para que a pessoa fique confortável ou preparar e administrar terapêutica, ou treinar a marcha ou outro autocuidado para

prevenir o declínio funcional são considerados igualmente necessários, desde que o utente, enquanto consumidor dos cuidados, considere qualquer ação de cuidar como um “bom serviço” (Vaarama et al., 2008). Deste modo, o cuidar como resultado da intervenção está relacionado com as expectativas que são colocadas na relação que é co-construída entre quem presta e quem recebe cuidados (Nies et al., 2010) e com as expectativas de vida de ambos e formas de estar no mundo e competências do cuidador.

Segundo Costa (2006), qualquer que seja o conceito de competência que possa ser apresentado, a sua lógica nos cuidados de saúde, e de um modo particular nos cuidados geriátricos, será sempre uma lógica mais espacial do que temporal, o que significa mobilizar e selecionar saberes e saberes-fazer para realizar esse mesmo saber que resulta na ação. Por isso as práticas de cuidados, incluindo as ações repetidas, reguladas e as reflectidas, dependem de sistemas complexos de interação que são sempre determinados pelos contextos onde decorre a ação.

Nestes contextos os resultados do cuidar foram expressados por quem presta cuidados como *manter a dignidade do utente, melhorar a sua qualidade de vida, evitar o sofrimento, prolongar a independência, proporcionar saúde e bem estar, recuperar a funcionalidade da pessoa e sentir o carinho expressado pelos utentes*, expressões que encontraram alguma similaridade naquilo que os utentes percecionaram como resultados do cuidar ou mais-valias da relação.

Para os utentes, o cuidar, como o resultado da intervenção dos enfermeiros, resultou na perceção de uma *uma cumplicidade benéfica, uma presença gratificante, no sentir-se acompanhado e acarinhado e sentir que os seus problemas tinham sido resolvidos* e também *sentir melhorias clínicas*, como referiu uma utente. “*Eu tinha muitas hipoglicemias, tinha-as na rua e era horrível. Hiperglicemias, nunca tive, só hipoglicemias... e faço insulina três vezes ao dia, são os Srs. Enfermeiros é que fazem tudo, fazem a picada no dedo e dão-me as injeções... já não tenho hipoglicemias*” [E12U(H)].

Medir os resultados do cuidar nos idosos poderá não ser fácil, como já foi referido neste trabalho, mas existe muita evidência, alguma já apresentada, que reflete a preocupação de vários países nesta matéria e que suporta a forte associação entre as horas de cuidados de enfermagem dispensados ao utente e a incidência de

úlceras por pressão, de erros terapêuticos, e de outros eventos adversos, também percebidos e verbalizados pelos sujeitos deste estudo, ou a ocorrência de quedas, consideradas pela Organização Mundial de Saúde como uma área prioritária de intervenção nos cuidados aos idosos, independentemente do contexto em que se encontram, e que requerem uma intervenção proactiva sobretudo nos equipamentos da tipologia de lar, onde a falta de recursos humanos é mais evidente, e a ausência de uma cultura de qualidade e de um sentido de missão foram mais visíveis.

O modelo da prática de cuidados centrados na pessoa (McCormack, 2010) ou outros similares (NICHE-Nurses Improving Care for Health Systems Elders) referido por Boltz et al., (2008), foram impulsionados pela cultura da mudança e pelos desenvolvimentos da disciplina de enfermagem, com centralidade no cuidar. A sua implementação, na prática, obriga a alguns requisitos como centrar o processo de cuidados na pessoa e envolvê-la nas tomadas de decisão, reconhecer os atributos de quem presta cuidados, mais concretamente o compromisso e a demonstração clara de crenças e valores, capazes de refletir e de induzir mudança. Considera, ainda, como fundamentais o ambiente dos cuidados, que se exige focado nos sujeitos a quem os cuidados se destinam e que deve incluir recursos humanos apropriados à efetivação desses mesmos cuidados, sistemas que facilitem a tomada de decisões e sistemas organizacionais que as suportem, partilha de poder, ambiente físico adequado e, finalmente a monitorização dos resultados. Os resultados, considerados como o componente central destes modelos expressam a efetividade das práticas centrados na pessoa e incluem entre outros a satisfação com os cuidados, o envolvimento nos cuidados, a sensação de bem estar e a criação de um ambiente terapêutico (McCormack et al., 2012).

Por ambiente terapêutico considera-se aquele capaz de proporcionar condições físicas, sociais, políticas e culturais adequadas às pessoas mais velhas e que incluem a promoção e proteção da segurança e facilitam o acesso à satisfação das necessidades da pessoa à realização das suas rotinas diárias e proporcionam saúde e são livres de obstáculos que comprometam a dignidade da pessoa tal como Shumacher, Jones & Meleis (1999) o definem.

Estes valores, amplamente partilhados pelos estados membros, ainda não são tidos em consideração nas práticas de cuidados de longa duração de todos os países,

(Nies et al., 2010) na grande parte dos casos por leis pobres ou por regulações insuficientes, mas também por ausência de uma cultura de qualidade. Esta em LTC associa o conceito de qualidade de vida, que um conjunto significativo de pesquisas em vários países europeus reconhece como fundamental nos processos de transição, com expressão nos indicadores chave transversais que, de um modo crescente mais países, profissionais de saúde e decisores políticos reconhecem. Porque “a qualidade dos cuidados e o cuidar humano” apesar de serem fenómenos diferentes, referem-se ambos aos seres humanos, à saúde e ao meio ambiente, “variáveis que afetam os resultados dos cuidados de saúde” (Duffy & Hoskins, 2013 p. 401) e que por isso têm que ser reflectidas em conjunto.

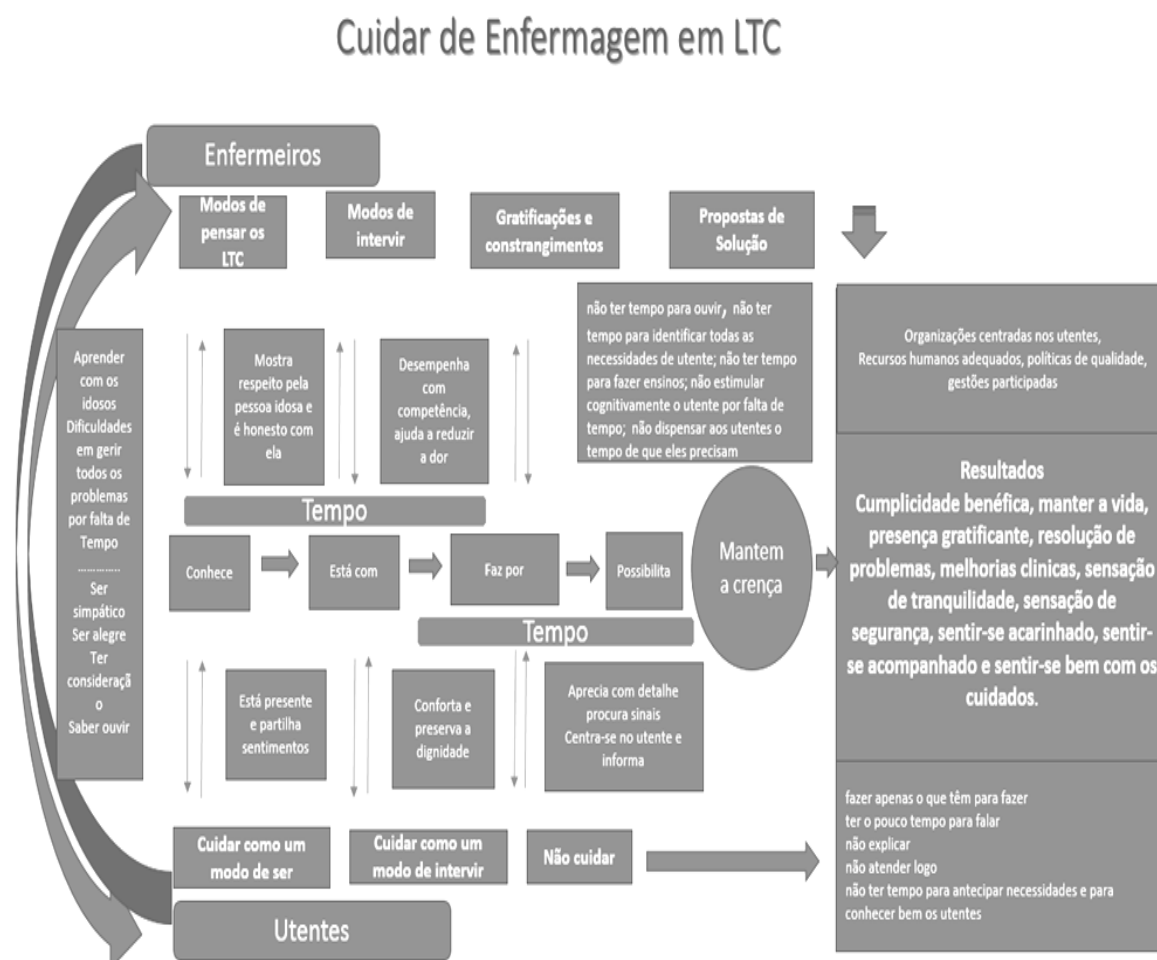
Os modelos de assistência aos idosos têm sido balizados por práticas repetitivas umas extraordinárias tanto em termos de conteúdo e valor, como a relação de cuidar identificada e confirmada tanto por quem cuida, como por quem é cuidado nestes contextos, e outras menos excecionais também verbalizadas por uns e outros, mas ambas dependentes das relações concretas entre os atores e o meio, por isso, dar a conhecer os fenómenos é também permitir aos atores que se apropriem deles (Campenhoudt, 2003) e mostrar que os fenómenos podem passar-se de outro modo.

A falta de recursos humanos, a ausência de interdisciplinaridade e gestões autocráticas, comuns aos contextos estudados, têm contribuído para a falta de fixação e rotação excessiva de profissionais de enfermagem tornadas evidentes neste estudo pelo tempo de serviço dos enfermeiros nas instituições. Urge admitir e reconhecer a importância da enfermagem enquanto profissão nestes contextos e reconhecer os seus saberes, incluindo-os nas tomadas de decisão sobre os cuidados aos idosos, o que já aconteceu noutros países. A OMS salienta também a sua importância nos cuidados aos idosos, por isso, requerem-se entre nós, medidas concretas, algumas delas já sugeridas por outros investigadores (Santos Covita & Pacheco 2011), que permitam fixar os enfermeiros e enfermeiras nestes contextos de trabalho. São também urgentes, como os enfermeiros e enfermeiras sugerem, novos modelos de trabalho que explicitem claramente a centralidade dos cuidados no utente, que os cuidadores e cuidadoras deste estudo consideraram como fundamental, expressa nos modos de pensar os cuidados de longa duração, porque este é um dos principais valores da profissão. É ainda urgente reconhecer que, nestes contextos, a qualidade da assistência

depende sobretudo da qualidade dos cuidados de enfermagem (reconhecida como deficiente), do investimento que é colocado nesta área do saber e da importância que fôr dada aos resultados da sua intervenção, através da implementação de indicadores de resultado, que são o componente central dos cuidados efetivamente centrados na pessoa (McCormack et al., 2012).

Com base nos instrumentos usados e nas matrizes de análise definidas, na interpretação da informação recolhida e também no confronto quer com a teoria de cuidar de Sawson quer com a informação proveniente de outros investigadores que se debruçaram sobre as questões relacionadas com os cuidados de enfermagem, “O Cuidar de Enfermagem nos Cuidados de Longa Duração”, a partir da perspectiva de quem o recebe e de quem o presta, pode ser esquematizado como indicado na figura 4

Figura 4: Estrutura do Cuidar de Enfermagem nos Cuidados de Longa Duração a partir da perspectiva de quem o presta e de quem o recebe



CONCLUSÃO E SUGESTÕES

A convivência com 30 anos de práticas de cuidados de enfermagem e de cuidar distribuídos pelos contextos de trabalho e pelo ensino de enfermagem foram decisivas na seleção do tema que gostaria de aprofundar na Tese de Doutoramento em Enfermagem. Quanto ao “subtema”, chamo-lhe assim, os “cuidados de longa duração”, surgiu a partir de várias influências: saliento, em primeiro lugar, como já tive oportunidade de referir na fase de projeto, o facto de não serem totalmente conhecidas as práticas de cuidados, nestes contextos, pela simples razão de que este fenómeno, enquanto assunto da esfera e de interesse público, ser relativamente recente. Embora na década de 80 do século passado os estudos demográficos tenham começado a alertar para o fenómeno do envelhecimento da população, tardou a que este fenómeno, fosse assumido como problema e desafio para os políticos, e que fosse reconhecida a necessidade de investir em respostas específicas para este grupo de pessoas. Outra influência sobre a escolha do tema prendeu-se com o facto de nutrir um carinho especial pelas pessoas idosas (eventualmente herdado pela convivência com vários elementos idosos da família, sobretudo mulheres) que vi cuidadas até ao fim dos seus dias pelas restantes mulheres da família, e enquanto valor moral e imperativo ético, alimento a convicção profunda de que é necessário cuidar dos pobres, dos doentes, das viúvas, dos órfãos, e dos idosos... que não têm mais ninguém para cuidar deles.

Ao conjunto de razões já referidas junto convicção sólida de que o essencial dos fenómenos é invisível aos olhos, como refere Saint-Exupéry e que, por isso mesmo, vale a pena “perder tempo” com eles para que possam tornar-se importantes e, deste modo, poder contribuir para que as práticas de cuidar nestes contextos específicos possam ser valorizadas, como é expectável que sejam numa sociedade democrática e para todos do séc. XXI.

Sobre cuidar de idosos enquanto terapêutica de enfermagem, que se reconhece complexa, porque os idosos transportam consigo vulnerabilidade, riscos e dependência, não existe muito conhecimento, e embora se envelheça cada vez mais tarde e muitos idosos conservem durante vários anos, estados de saúde e vitalidade

consideráveis (Costa, 2006), é igualmente expectável que as necessidades de cuidados em pessoas idosas aumente, duplique mesmo, e que os recursos em termos de pessoas disponíveis para cuidar adelgace (Tjadens & Colombo, 2011), em consequência das alterações estruturais e comportamentais das famílias e da participação ativa das mulheres no mercado do trabalho, cada vez mais reconhecida como norma. Por outro lado, sobre os modos como se percebem e interpretam os desafios que são colocados aos enfermeiros e enfermeiras, e às barreiras que enfrentam, em cada contexto de cuidados, o conhecimento também ainda é escasso. Por este conjunto de razões foi também minha intenção, contribuir com evidência para reconhecimento do valor dos cuidados de enfermagem às pessoas idosas a partir do conhecimento do cuidar de enfermagem e do seu contributo para a saúde e bem estar dos mais velhos.

A questão de partida, *“Como se expressa e define o cuidar de enfermagem nos cuidados de longa duração”* tornou clara a perceção de relação entre o fenómeno e o contexto, influência já reconhecida por outros investigadores de enfermagem (Watson, 2009, McCormack, et al, 2010) e que marcou de modo decisivo a opção pela metodologia de estudo de caso cuja característica principal é investigar empiricamente um fenómeno no ambiente em que ele ocorre, quando as fronteiras entre o fenómeno e o contexto não são claras requerendo por isso o uso de várias fontes de evidência e a triangulação da informação como forma de a validar e de conseguir uma análise de maior compreensão (Yin, 2001, Flick, 1992). Este, foi também um desafio que consegui ultrapassar, naturalmente, ajudada pela minha orientadora.

Feito o percurso teórico, a partir da conceptualização do cuidar e da revisão e aprofundamento das principais escolas de pensamento em enfermagem e dos paradigmas que têm orientado a disciplina e a profissão, iniciei o trabalho de campo. Por questões de ordem prática e facilidade de acesso aos contextos, escolhi-os no distrito de Castelo Branco e selecionei-os a partir do conceito de cuidados de longa duração da OMS e da OCDE entendidos como o conjunto de serviços e de ajuda destinados aqueles que dependem de outros nas atividades da vida diária, e que incluem o conjunto das intervenções dispensadas a pessoas que não têm capacidade para o autocuidado a longo prazo, prestadas por cuidadores informais e formais, incluindo profissionais de saúde, sociais e outros (WHO, 2002, Simoens, 2005).

O facto de ser a Organização para a Cooperação e de Desenvolvimento Económico e a Organização Mundial de Saúde a conceituarem esta tipologia de serviços e de contextos remete para a complexidade dos mesmos e confirma as interdependências entre os elementos que o integram, os sujeitos e os contextos ou seja, os cuidados e os cuidadores, as pessoas cuidadas e o ambiente.

O conhecimento de que o cuidar, enquanto agir com precaução e com respeito pela vida que sustenta e deixa conduzir até ao final da existência da pessoa (Honoré, 2004) pode ser medido e quantificado surgiu com a revisão da literatura e a escolha do Inventário de Comportamentos de Cuidar foi determinada pelo facto de este já ter sido validado para a população portuguesa, tanto em enfermeiros como em utilizadores dos cuidados. E a opção por outras fontes de recolha da informação como as entrevistas, num subconjunto da amostra maior de utentes e de enfermeiros teve como finalidade a obtenção de um retrato mais fidedigno do cuidar nestes contextos e que foi completado pela análise e interpretação das perspetivas de quem presta e de quem recebe cuidados e pela triangulação destas perspetivas com a teoria sobretudo com a estrutura de cuidar de Swanson (1993 e 2013).

O percurso descrito permite-me concluir que o cuidar de enfermagem em contexto de LTC *expressa-se tanto nos modos de pensar os contextos de cuidados de longa duração, pelos enfermeiros, como nos seus modos de intervir*. E os os utentes *percebem-no no modo de ser ou estar e um modo de intervir*, que podem ser definidos como *um processo de interação dinâmica* entre os vários atores e o contexto no qual todos e cada um se influenciam reciprocamente.

Os LTC são pensados como ambientes de cuidados particulares que requerem aprendizagem, facilitada pelos idosos e pela experiência que estes acumulam ao longo dos anos, mas as suas características e necessidades, fazem destes contextos, contextos de cuidados difíceis, sobretudo pela *diversidade e complexidade dos problemas* que as pessoas cuidadas apresentam e *pela quantidade de tempo para cuidar*; são considerados ambientes de cuidados que requerem um grande investimento na *relação que é construída no tempo e limitada por ele* e por isso decisiva para os modos de pensar os cuidados de longa duração e para os modos de intervir nestes contextos. É uma relação *baseada no respeito e na honestidade* que obriga a *adaptar as estratégias à pessoa e a considera na sua totalidade* (enquanto ser

biológico, cognitivo, social e espiritual) e é efetivamente uma *relação de ajuda, porque* revela por parte de quem presta os cuidados, uma elevada consciência de si, que lhes permite discernir de que maneira as suas características pessoais podem influenciar a qualidade da relação e utilizá-la com fins terapêuticos (Chalifour, 2008). Quem recebe cuidados *valoriza-a e percebe-a* como o modo de ser de quem cuida *expressado em ser alegre, simpático, ter consideração e saber ouvir*, característicos de presença autêntica e partilha de sentimentos.

Os modos de intervir, para quem cuida nestes contextos, consistem em *desempenhar os cuidados com competência*, traduzidos em *atividades de ensino e a gestão da dor*, e que, são expressados por quem é cuidado como *não mostrar pressa, acalmar, acarinhar, ajudar, encorajar, defender, esclarecer, tratar com carinho, fazer tratamentos, dar medicamentos e dar tempo que o médico não dá* e que são formas de cuidar.

A dimensão ética e a dimensão técnica foram as dimensões do cuidar, *nas quais*, os enfermeiros referiram colocar maior investimento e a necessidade *de conhecer bem* o utente foi expressada como um requisito fundamental. Conhecer o utente e as suas necessidades, decorre da avaliação e cursa com ela. Tem implícita a colheita de dados, indispensável no processo de enfermagem e precede o juízo clínico ou diagnóstico de enfermagem, fundamentais na seleção de cuidados ou ações capazes de atingir resultados esperados. *O conhecer*, é definido por *conquistar a confiança, do utente, identificar as suas queixas e adivinhá-las (por vezes) e facilitar o que os utentes pretendem*. *O respeito, a simpatia e a assertividade*, no domínio das atitudes, integraram este processo, como expressões de cuidar e confirmam a *centralidade da pessoa no processo de cuidados* e o investimento que é necessário colocar na relação em prol da garantia do bem-estar da pessoa cuidada. Este investimento é definido pelos utentes como *serem tratados como se fossem da família* deixando claro que *apreciam relações de grande proximidade*, reconhecidas e apontadas pelos enfermeiros como *aquelas que os utentes mais privilegiam*.

Sem negar o valor dos atos em si mesmos, o cuidar de enfermagem nos cuidados de longa duração caracteriza-se pela construção e desenvolvimento de um processo com a pessoa, que tem início no conhecer e que se desenvolve pela interação, no estar com ela, possibilitar e fazer por ela, quando ela não é capaz,

comportamentos e ações contextualizados com a respetiva intencionalidade e cujo resultado esperado é o bem estar da pessoa idosa.

Ultrapassando largamente o que é visível do exterior, o cuidar de enfermagem nestes contextos, também se caracteriza por gratificações e constrangimentos. As gratificações estão associadas à intensidade e à duração das relações de cuidar, expressadas como relações quase familiares e à possibilidade deste contexto, específico proporcionar aprendizagem capaz de contribuir significativamente para *o crescimento de quem cuida*. A primeira fonte de conhecimento é a pessoa que se exprime sobre um problema e para descobrir e compreender o que a pessoa ou as pessoas dizem sobre os cuidados e o cuidar é necessário reaprender a ver (Collière, 1999). Esta capacidade de procurar interpretar e traduzir *pequenos sinais*, foi possível porque na prática profissional, os enfermeiros *apreciaram com detalhe* expressões de cuidar que não podem ser interpretados fora do contexto mas permitem trocar informação e aprender.

Os constrangimentos são significativos *e são definidos e expressados como não ter tempo para ouvir e para identificar todas as necessidades do utente, não ter tempo para fazer os ensinamentos considerados necessários em função dos défices de conhecimentos identificados, não ter tempo para estimular cognitivamente os utentes, de modo a retardar o declínio cognitivo, não ter tempo para dispensar aos utentes o tempo que eles precisam*. A apreensão do tempo é feita de modo distinto nas diferentes idades, e à noção de limiar de tempo e de tempo duração ligam-se fenómenos de stress, de crises e mecanismos de defesa que influenciam o cuidar de enfermagem (Collière, 1999). *O tempo para cuidar, ou tempo duração* é considerado parte integrante do processo (Collière, 1999, Watson, 2009, Nies et al., 2010, OMS, 2012, Progress, 2010) sobretudo nestes contextos, *e foi expressado como o elemento que mais contribui para as práticas de cuidados identificadas*. Impostos pelos constrangimentos já referidos, concretamente pela desadequação dos recursos humanos particularmente de enfermeiros/as, emergiram comportamentos sugestivos de *não cuidar em enfermagem* (Riemen, 2013) expressados por quem recebeu cuidados como *fazer apenas o que têm para fazer (o trabalho deles), ter pouco tempo para falar, não explicar, não atender logo, não ter tempo para antecipar necessidades e para conhecer bem os utentes*.

Analisado a partir de normas e referenciais, nacionais e internacionais, o tempo duração de cuidados nestes contextos fica muito aquém do considerado como requisito mínimo para cuidar, o que obriga a centrar o cuidar de enfermagem em intervenções de carácter curativo (renovação de pensos, monitorização da glicémia, preparação e administração da terapêutica...) e que decorrem da excessiva medicalização dos utentes, concentrando o cuidar de enfermagem num conjunto de ações subsequentes à prescrição médica e numa lógica idêntica à dos serviços de medicina dos hospitais (Costa, 2006) que obriga a centralizar as ações mais nas doenças que nas pessoas. Estas opções contrariam a lógica dos cuidados de longa duração e refletem a falta de adaptação dos contextos às necessidades e preferências dos indivíduos e ao desenvolvimento de cuidados preventivos e de padrões de qualidade capazes de refletirem as melhores práticas internacionais e reforçarem a responsabilidade dos profissionais de saúde e dos beneficiários dos cuidados (CE, 2008).

Ainda assim, o cuidar de enfermagem foi também definido a partir dos resultados que produziu e que foram expressados como *sensação de cumplicidade benéfica, sensação de manutenção da vida, presença gratificante, resolução de problemas, melhorias clínicas, sensação de tranquilidade e segurança, sentir-se acarinhado, sentir-se acompanhado e sentir-se bem com os cuidados*.

A triangulação da informação obtida e a posterior triangulação dos elementos estruturantes do cuidar de enfermagem, processo de cuidar, contexto e resultados do cuidar nos LTC, confirmou a interdependência entre estes elementos e permitiu compreender melhor o cuidar de enfermagem nos cuidados de longa duração.

Nos contextos analisados e que integraram o estudo de caso, os enfermeiros apesar de jovens e com pouco tempo de serviço, *concretizam a sua intervenção terapêutica a partir do investimento que fazem na relação e que tem em conta as particularidades culturais dos utentes, percebida por estes como benéfica e essencial, mas, também constrangedora porque se centra sobretudo na parte curativa dos cuidados em detrimento da parte preventiva*, com consequências num elevado número de eventos adversos (utentes acamados, utentes com úlceras por pressão, erros terapêuticos...). Donabedian (Nies et al. 2010) defende que os cuidados são eficazes quando são capazes de produzir o efeito esperado e são eficientes se forem

produzidos de um modo perfeito e livre de negligência e quando a solução fornecida corresponde ao estado da arte. Mas as expressões dos enfermeiros revelaram o sentimento de *que as terapêuticas de enfermagem que desenvolvem ou cuidados que prestam ficam aquém daquilo que sabem e estão preparados para fazer, o que gera algum mal-estar* que, associado a constrangimentos de ordem monetária, e a outros fatores como a ausência de uma cultura institucional centrada na pessoa e a pouca cultura de qualidade, determinam um clima ético que afeta os utentes e os enfermeiros. Para os primeiros, as consequências são na sua saúde, segurança, conforto e bem-estar e para os segundos, desmotivação e grande rotatividade nestes serviços.

Apesar destes problemas terem já sido identificados, noutros estudos, no nosso país o progresso na resolução destas deficiências tem sido lento daí que algumas das sugestões aqui propostas devam ser consideradas prioritárias porque em alguns dos contextos estão ausentes e noutros são insuficientes. E porque o cuidar de enfermagem e a qualidade dos cuidados de saúde apesar de serem fenómenos distintos, apresentam muitas semelhanças (Duffy & Hoskins, 2013) sugerem-se *novos modelos de trabalho* que explicitem com clareza *a centralidade dos cuidados na pessoa; e que incluam normas, diretivas e processos de monitorização e avaliação dos resultados dos cuidados e do desempenho das instituições; recursos humanos adequados às necessidades dos utentes e ao seu nível de dependência funcional*, avaliado na admissão e de forma regular como é recomendado a nível internacional, *a par de condições de trabalho que permitam e incentivem a melhoria contínua* e que os enfermeiros e enfermeiras deste estudo também consideraram como fundamental.

Os elementos dos LTC incluem entre outros, cuidados domiciliares, reabilitação, treino de AVD e empoderamento (CE, 2008) e embora as práticas de cuidados, ainda reflitam pouco investimento nos cuidados preventivos e nos cuidados de reabilitação, estas abordagens tornam-se cada vez mais atrativas para responder aos desafios do envelhecimento da população. De salientar também, que, a prevenção de quedas e a promoção da atividade física, são exemplos de boas práticas adequadas aos LTC, já com evidência capaz de suportar o seu benefício (Kümprers et al. 2010) porque *a promoção do autocuidado, da independência e da autonomia* são também áreas do cuidar de enfermagem que ainda são pouco exploradas e implementadas nestes

contextos, e dos cuidados prestados pelos enfermeiros ou cuidar de enfermagem, também se espera que contribua para a prevenção de complicações e para aumentar os recursos internos das pessoas em situação de dependência ou risco de a adquirir (OE, 2009). Por este conjunto de razões sugere-se também, uma maior intervenção da Ordem dos Enfermeiros no sentido de garantir que o exercício profissional é desempenhado de acordo com o esperado.

A experiência e a convivência com a formação básica e pós-graduada de enfermagem permite-me ainda afirmar que os enfermeiros são os profissionais da saúde mais habilitados para avaliar necessidades, implementar cuidados e avaliar resultados capazes de proporcionarem um atendimento holístico, saúde, segurança e bem-estar, elementos estruturantes do cuidar e preconizados para os cuidados aos idosos e para os cuidados de longa duração. Assim sendo, sugere-se também a integração de enfermeiros especialistas nas equipas destes contextos, particularmente especialistas em enfermagem de reabilitação, cujas competências acrescidas na área dos cuidados gerontológicos e na área da gestão, aliadas às medidas atrás referidas, poderão constituir uma garantia na implementação, monitorização e avaliação de medidas conducentes à qualidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede K., & Sermeus W. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies* 50 (2013), 143–153. Disponível em [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(12\)00410-5/pdf](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(12)00410-5/pdf). doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009
- Allmark P. (1995). Can there be an ethics of care?. *Journal of medical ethics*, 21: 19-24. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/issues/127752/>. doi:10.1136/jme.21.1.19.
- Almeida, M. C. P. [et al.] (2009). Enfermagem enquanto disciplina: que campo de conhecimento identifica a profissão?. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (5), 748-752. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500017&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0034-71672009000500017.?
- Afonso, M. (2012). Stress, coping e resiliência em pessoas idosas. In Paúl, C. & Ribeiro, O. (coord.). *Manual de Gerontologia, Aspectos biocomportamentais do envelhecimento* (163-178), Lisboa: Lidel.
- Almeida H. (2012). Biologia do envelhecimento: uma introdução. In Paúl, C. & Ribeiro, O. (Coord.) *Manual de Gerontologia, Aspectos biocomportamentais do envelhecimento*, (21-40), Lisboa: Lidel.
- Amendoeira, J. (2004). Enfermagem Em Portugal. Contextos, Actores e Saberes. *Comunicação proferida na 12ª Conferência Bienal dos Enfermeiros Investigadores Europeus, Lisboa, 7 de Outubro de 2004*. Disponível a 10.03.2009 em joseamendoeira.com.sapo.pt/textos/comunicacoes/EnfermagemEmPortugal.ContextosActoresESaberes.pdf.
- Ausserhofer [et al.] (2013). The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies* 50(2013), 240–252. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748912001459>.doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.04.007
- Ayres, J. R. C. M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 8 (14), 73-92. Disponível a 10.11.2013, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100005&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1414-32832004000100005.

Baris, E. (2008). Forewords. In Tarricone, R. & Tsouros A.- *Home Care in Europe*. Copenhagen. WHO, Regional Office for Europe. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf.

Basto L. M. (2005). Da (in) visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: cuidados prestados num centro de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Janeiro/Junho 2005, vol.23 (1): 25-41. Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-02-2005.pdf>

Basto L. M. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina. *Pensar Enfermagem*, vol. 13, (2), 2ºsem. (2009) 11-18. Disponível em [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_11-18\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_11-18(1).pdf)

Bell L. & Duffy, A. (2009). A concept analysis of nurse–patient trust., *British Journal of Nursing*. 2009 Jan 8-21;18(1):46-51, 46 – 51. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19127233>.

Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. M. (1995) – *Pessoas idosas: uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidades*. Lisboa: Lusodidacta.

Birchield, P. (1999). A Saúde dos Idosos. In Stanhope, M. & Lancaster, J. – *Enfermagem Comunitária. Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos* (635-655). Loures: Lusociência.

Boltz M., Capezuti E., Bowar-Ferres S., Norman R., Secic M., Kim H., Fairchild S., Mezey M., Fulmer T. (2008). Changes in the geriatric care environment associated with NICHE. *Geriatric Nursing*. (2008) may-jun; 29(3):176-85. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18555159doi:10.1016/j.gerinurse.2008.02.002>.

Brown D., & McCormack B.(2011). Developing the practice context to enable more effective pain management with older people:an action research approach. *Implementation Science*, 2011, 6-9. Disponível em <http://www.implementationscience.com/content/6/1/9>

Boff, L. (2003). *Ethos que cuida*. Disponível a 9.02.214 em www.leonardoboff.com

Borges-Duarte I. (2010). A Fecundidade Ontológica da Noção de Cuidado. De Heidegger a Maria de Lourdes Pintasilgo. *Ex aequo* (21). Disponível a 19.10.2013 em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-55602010000100009&lng=pt&tlng=pt.

Campenhoudt L.V. (2003). *Introdução à Análise dos Fenómenos Sociais*. 1ª ed., Lisboa: Gradiva

Carmo H. & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação. Guia para Auto-Aprendizagem*. 2.ª ed., Lisboa: Universidade Aberta.

Carrilho, M. R. (2010). O Cuidado Como Ser e o Cuidado Como Agir. *Ex aequo*, (21), 107-114. Disponível a 19.10.2013 em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-55602010000100008&lng=pt&tlng=pt.

Carvalho, J. E. (2009). *Metodologia do trabalho científico. "Saber-Fazer" da Investigação para dissertações e teses*. Lisboa: Escolar Editora.

Chalifour, J. (2008). *A intervenção Terapêutica. Os Fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.

Collière, M. F. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 2ª ed. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Coimbra: Lidel.

Colombo, F. & Mercier J. (2011). Balancing fair protection and financial sustainability in long-term care, Ageing and long-term care, *Eurohealth*, Vol. 17 No 2–3, 2011, 2-6. Disponível em http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/VOL17No2-3/Colombo_Mercier.pdf

Comissão Europeia (2008). Cuidados de Longa Duração na União Europeia. Direcção-Geral do Emprego, Assuntos Sociais e Igualdade de Oportunidades. Luxemburgo: *Publicações Oficiais das Comunidades Europeias*, 2008. doi10.2767/37656.

Commission Européenne (2008). Long-term care in the European Union. Disponível em <http://ec.europa.eu/>

Cooney A.; Murfy K. & O'Shea E. (2009). Resident perspectives of determinants of quality of life in residential care in Ireland. *J Adv Nurs.*, 2009, May, 65(5):1029-38. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19291184>.doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04960.x. Epub 2009 Mar 9.

Costa M. A. (2005). Cuidados de enfermagem aos idosos, percursos de formação e de investigação. In Paul C. & Fonseca A. (Coord.). *Envelhecer em Portugal* (255-278). Lisboa: CLIMEPSI EDITORES.

Costa M. A. (2006). *Cuidar Idosos. Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros*. 2ª ed.Coimbra: FORMASAU.

Coutinho C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.

Dandi R. [et al.] (2012) Long-Term Care Quality Assurance Policies in the European Union. *ENEPRI, Research Report*, 111/March 2012. Disponível em [http://aei.pitt.edu/34070/1/Quality Assurance Policies for LTC in in the EU.pdf](http://aei.pitt.edu/34070/1/Quality%20Assurance%20Policies%20for%20LTC%20in%20the%20EU.pdf).

Davis, A. (2006). Cuidar e Ética para 21 Século: o que sabemos, e o que precisamos de perguntar. *Comunicação apresentada na conferência , "El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar" 29 de septiembre 2006*, organizada pelo Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. Disponível em [http://www.coib.cat/uploadsBO/Noticia/Documents/ANNE%20DAVIS%20CASTELL%C3%A0 DEF.PDF](http://www.coib.cat/uploadsBO/Noticia/Documents/ANNE%20DAVIS%20CASTELL%C3%A0%20DEF.PDF).

Diário da República, 18 de Dezembro de 2006, série I-Nº241 —*Resolução do Conselho de Ministros n.º 168/2006*.

Diário da Republica, 6 de junho de 2006 Decreto Lei 101/2006, série I- A. *Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social*, (3856- 3865). Disponível em <http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/38563865.pdf>.

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro de 2006 – I série A (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro – REPE. Ministério da Saúde*, (2959 a 2962). Disponível em www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf

Direção Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Circular Normativa nº13/DGCG, 02.07.2004.

Dubois, C. A., Singh, D., & Jiwani I. (2008). The human resource challenge in chronic care. In Nolte E., & McKee M. (Ed.). *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*. Glasgow: Open University Press, Mc Graw Hil.

Duffy, J.R.& Hoskins, L. M. (2013) The Quality Caring Model: Blending Dual Paradigms. In Smith, Marlaine C. ; Turkel, Marian C. Wolf Zane Robinson (Ed.). *Caring in Nursing Classics An Essential Resource* (395-405). New York: Springer Publishing Company, LLC.

Fascioli A. (2010). *Ética del cuidado e ética da la justicia en la teoria moral de Carol Gilligan*. *Revista ACTIO*, 12, diciembre (2010). Disponível em <http://www.actio.fhuce.edu.uy/Textos/12/Fascioli12.pdf>

Ferreira, R.J.O. & Cruz, S.G. (2011). Estudo da validade do Inventário de Comportamentos de Cuidar na versão para doentes internados. *Referência*, III série, suplemento, 2011, actas e comunicações da XI Conferência ibero americana de educação em enfermagem. Vol. 1. (2011), Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Finne-Soveri, H., Hammar, T. & Noro, A. (2010). Measuring the quality of long-term institutional care in Finland. *Eurohealth*. Vol, 16, Nº 2, (2010), 4-7. Disponível em http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0018/124371/Eurohealth-Vol16_No2_web.pdf.

Flick, U. (1992). Combining methods - lack of methodology. *Papers on Social Representations*, 1, 43-48. Disponível em <http://www.psr.jku.at/>

Fonseca, A. M. (2005). Aspectos Psicologicos da passagem à reforma. Um estudo qualitativo com reformados portugueses. In Paúl, C. & Fonseca, A.M. (Coord.). *Envelhecer em Portugal* (47-73). Lisboa: Climepsi Editores.

Foss, C. & Bodil E. (2002). The value of combining qualitative and quantitative approaches in nursing research by means of method triangulation. *Journal of Advanced Nursing*, 40 (2), 242-248. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2002.02366.x/pdf>

Freitas, A. S. (2013). A parresía pedagógica de Foucault e o êthos da educação como psicagogia. *Rev. Bras. Educ.* [online]. vol.18, n.53 -325-338. Disponível a 21.10.2013 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782013000200005&lng=en&nrm=iso.

Fricke, J. (2010). *Activities of Daily Living*. Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE). Disponível em <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/37/>

Gaut, D. A. (2013). Development of a Theoretically Adequate Description of Caring. In Smith, Marlaine C. ; Turkel, Marian C. Wolf Zane Robinson (Ed.). *Caring in Nursing Classics An Essential Resource* (271-29). New York: Springer Publishing Company, LLC.

George J. (2000). *Teorias de enfermagem*. 4ªed. S. Paulo: Artmed.

Geerts, J. Mot, E. Faber, R. & Wilemé, P. (2012). Long-term care use: Determinants and projections. *Research Report*, 21, Decembre, 2012. European Network of Economic Policy Research Institutes. Disponível em <http://www.enepri.org/Publications>

Gilligan, C. (1982). *A Different Voice*. In Griffin E. (Archived chapter from a previous edition of a First Look at Communication Theory). Disponível em www.afirstlook.com

Grilo E. N. & Mendes, F. R. (2011). As percepções e significados do cuidar de enfermagem à pessoa idosa. Uma revisão sistemática da literatura. *Referência*, III série, Suplemento, Vol. 2, 2011, Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Grilo E. N. (2005). A outra face do cuidar: um estudo qualitativo de quem cuida familiares com grande dependência física. *Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Aberta*, 2005. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.11/358>.

Guerra I. C. (2010). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo. Sentidos e formas de uso*. Cascais: Príncipeia.

Gutiérrez, L. F.; Jiménez-Martín, S.; Sánchez, R.V. & Vilaplana, C. (2010). The Long-Term Care System for Elderly in Spain. *ENEPRI, Research Report*, 88, June, 2010. Disponível em <http://www.ancien-longtermcare.eu/node/27>.

Habel, M. L. (2011). Eudação do doente e da família orientada para resultados. In Hoeman, S. P. (Ed.). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, Reabilitação e Resultados Esperados* (61-72), 4ª ed. Loures: Lusodidacta.

Harrington C. (2013). *Nursing Home Staffing Standards in State Statutes and Regulations The Massachusetts Advocates for Nursing Home Reform ("MANHR") 2010*. Disponível a 13.04.2013 em <http://www.theconsumervoice.org/sites/default/files/advocate/action-center/Harrington-state-staffing-table-2010.pdf>

Health Service Executive (2010). *Enhancing Care for Older People. A Guide to Practice Development Processes to Support and Enhance Care in Residential Settings for Older People*. June, 2010. Disponível em <http://www.hse.ie/eng/services/Publications/corporate/NursingMidwifery%20Services/Enhancing%20Care%20for%20Older%20People.pdf> ISBN 978-1-906218-35-5.

Hesbeen W. (2004). O cuidado, uma necessidade do mundo. In *Cuidar deste mundo* (9-30). Loures: Lusociência

Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. 4ª ed., Loures. Lusodidacta.

Hoffmann F. & Leichsenring K. (2011). Quality management by result-oriented indicators: Towards benchmarking in residential care for older people. *Policy Brief*, June (2011), 1. Vienna. Disponível em http://www.euro.centre.org/data/1306242771_99752.pdf

Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011 – Resultados Provisórios*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Disponível em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacoes.

Instituto Português da Qualidade (2008). *Manual de gestão da qualidade para cuidados continuados integrados*. Disponível a 20.10.2013 em www.ipq.pt/backfiles/MGQ_UCCI.pdf

International Council of Nurses (2006). *Dotações Seguras Salvam Vidas. Instrumentos de Informação e Acção*. (Tradução e Edição da Ordem dos Enfermeiros de “Safe staffing save lives”, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Jagger C.; Matthews R.; Lindesay J. & Brayne C. (2011). The impact of changing patterns of disease on disability and need for long term-care. *Eurohealth*. Vol.17, (2-3), 3-7. Disponível em <http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealth>

Jesuino, J.C. (2012). Pós-fácio: A idade da sabedoria. In Paúl, C. & Ribeiro, O. (Coord.) *Manual de Gerontologia. Aspectos biocomportamentais do envelhecimento*, (299-309), Lisboa: Lidel.

Joël, M-E., Dufour-Kipple N. S. & Samitca, S. (2010). The Long-Term Care System for The Elderly In Portugal. *ENEPRI, Research Report, 84*. Disponível em <http://www.ceps.eu/ceps/dld/3588/pdf>

Kérouac, S., Pepin J., Ducharme, F., Duquette A., & Major, F. (1994). *La pensée infirmière. Conceptions et strategies*. Quebec: Études Vivantes.

Koren, M. J. (2010). Person-Centered Care for Nursing Home Residents: The Culture-Change Movement. *Project HOPE, HEALTH AFFAIRS* 29, No. 2 (2010), 1-6. doi: 10.1377/hlthaff.2009.0966.

Kümpers [et al.] (2010). Prevention and Reahabilitation within long-term care across Europe. *European Overview Paper*. Berlin/Copenhagen/Vienna, May, 2010. Interlinks. Disponível em http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP3_Overview_FINAL_04_11.pdf

Lage, I. (2005). Cuidados Familiares a idosos. In Paúl C. & Fonseca A. (Coord.). *Envelhecer em Portugal* (203-239), Lisboa: Climpsi Editores.

Lachman, V. D. (2012). Applying the Ethics of Care to your Nursing Practice. *Ethics, Law and Policy*. MSN. March-April, 2012. Vol. 21, Nº2, 112-115. Disponível em <http://www.nursingworld.org/mainmenucategories/ethicsstandards/resources/applying-the-ethics-of-care-to-your-nursing-practice.pdf>

Lévinas, E. (1998). Ética como Filosofia Primera. *A Parte Rei*, Nº 43. Enero, 2006. Disponível em <http://serbal.pntic.mec.es/AParteRei/>

Lima, T. & Grilo, E. N. (2012). Os Estereótipos e os mitos do envelhecimento a partir dos cartoons e a sua influência na funcionalidade da pessoa idosa. VIII Congresso Internacional Luso Espanhol: Envelhecimento positivo e solidariedade intergeracional, organizado pelas Escolas Superior de Educação e superior de Saúde do IPCB Departamento de Psicologia Y Antropologia da Universidade de Extremadura. Castelo Branco, 18,19, 20 de Outubro de 2012.

Lipszyc, B., Sail, E. & Xavier A. (2012). Long-term care: Need, use and expenditure in the EU-27. European Commission Directorate-General for Economic and Financial Affairs. *Economic Papers*, 469. European Union. Disponível em http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/pdf/ecp469_en.pdf.

Lloyd, J. & Wait S. (2005). Integrated Care - A Guide for Policymakers, Alliance for Health and the Future. *Report based on a workshop on the topic of integrated care that was held at the 2005, European Social Network Conference*, Edinburgh, 2005. Disponível em http://www.ilcuk.org.uk/files/pdf_pdf_7.pdf.

Lopes, M. J. & Lourenco, O. (1998). Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: Alguns dados e implicações. *Aná. Psicológica* [online]. 1998, vol.16, n.4, 655-665. Disponível a 21.11.2013 em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82311998000400010&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0870-8231.

Lopes, M. J. (2005). Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação. *Rev Esc Enferm, USP*. 2005; 39(2):220-8. Disponível em www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/13.pdf.

Lopes, M. J. (2006). *A Relação Enfermeiro-Doente como Intervenção Terapêutica*. Coimbra: Formasau.

Loureiro, L., Ferreira L. & Fernandes, I. (2010). Inventário de comportamentos de cuidar. *Revista de Investigação em Enfermagem*. 2010. Fev.,18-27.

Lourenço, C. [et al.] (2011) Confiança versus Desconfiança na Relação de Cuidar: Confiança Enfermeiro-Cliente, um Conceito em Construção no CHLN-HPV. *Pensar Enfermagem*, Vol. 15, N.º 2, 2º Semestre de 2011, 2-13. Disponível em http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Pensar%20Enfermagem15_2sem_3_13.pdf.

Lovell, M. (2006). Caring for the elderly: Changing perceptions and attitudes. *Journal of Vascular Nursing*, March 2006, 24: 22-26. Disponível em www.jvascnurs.net

Marçal, T. (2004). Compaixão e Empatia. In Neves, M.C.P.& Pacheco, S. (Coord.) *Para uma Ética da da Enfermagem: Desafios*, (277-290). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Martin, J. I. G. & Brandão D. (2012). Políticas para a terceira idade. In Paúl, C. & Ribeiro, O. (Coord.) *Manual de Gerontologia, Aspetos biocomportamentais do envelhecimento*, (299-309). Lisboa: Lidel.

Marcinkowska, I. & Agnieszka, S. (2011). Determinants of the probability of obtaining formal and informal long-term care in european countries. ENEPRI, Research report no. 99, *Contribution to WP3 of the ANCIEN Project on "The availability of formal and informal care"*, November, 2011. Disponível em (<http://www.ancien-longtermcare.eu/>).

Mayeroff, M. (1971). *On caring*. New York: Harper Perennial.

McCance, T. , McCormack, B. & Dewing J. (2011) An Exploration of Person-Centredness in Practice. *ANA Periodicals, OJIN*, Vol 16 - 2011 (2) May 2011. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com>. doi: 10.3912/OJIN.Vol16No02Man01.

McCormack, B. & McCance, T.V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com>. doi/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x/.

McCormack, B. [et al.] (2009). Practice development: Realising active learning for sustainable change. *Contemp Nurse* 2009 Apr-Jun; 32(1-2):92-104. Disponível em <http://www.unboundmedicine.com>.

McCormack, B. [et al.] (2010). Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older People Nursing* 5, 93- 107. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com>. doi/10.1111/j.1748-3743.2010.00216.x/pdf.

McCormack, B., Dewing. J., & McCance, T. (2011) "Developing Person-Centred Care: Addressing Contextual Challenges Through Practice Development" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* Vol. 16, No. 2, Manuscript 3. Disponível em <http://www.nursingworld.org>. doi: 10.3912/OJIN.Vol16No02Man03.

McCormack, B., Roberts T., Meyer J., Morgan D., & Boscart V. (2012). Appreciating the “person” in long-term care. *International Journal of Older People Nursing*, 7, 284-294. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23164250>, doi: 10.1111/j.1748-3743.2012.00342.x.

McGilton, K. S. (2012). Editorial: The role of the nurse in long-term care. *International Journal of Older People Nursing*, 7: 282–283. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com>. doi: 10.1111/opn.12011.

McGilton, K.S. [et al.] (2012). Moving the agenda forward: a person centred care. *Int J Older People Nurs*. 2012 Dec;7(4):303-9. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com>.doi: 10.1111/opn.12010.

Ministério da Saúde e Instituto Português da Qualidade (2005). Modelo para Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento e Outras Respostas de Cuidados às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência. Disponível em http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/conteudos/avaliacao_qualidade.pdf.

Mendes, F. R. (2013). Active Aging: a right or a duty?. *Health Sociology Review*, 22 (2), junho, 2013, 174-185.

Morse J. [et al.] (2013). Concepts of Caring and Caring as a Concep. In Smith M. C.; Turkel, Marian C., Wolf, & Z. Robinson. *Caring in Nursing Classics An Essential Resource*, (19-31). New York: Springer Publishing Company, LLC.

Mot, E. & Willemé, P. (2012). Assessing Needs Of Care In European Nations. *ENEPRI, Policy Brief, 14*, December, 2012. Disponível em <http://www.ancien-longtermcare.eu/node/27>.

Nies, H. [et al.] (2010). Quality management and quality assurance in LTC. European Overview Paper, *European Commission under the Seventh Framework Programme*, 2010; 7. Disponível em http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP4_Overview_FINAL_04_11.pdf.

Nogueira, J. M. (2009). A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados. *Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social*. Lisboa. Coordenação Editorial e de Distribuição: Centro de Informação e Documentação (GEP-CID).

Nunes, L. (2004). A Epecificidade da Enfermagem. In Neves, M.C. P; Pacheco, S.. *Para Uma Ética de Enfermagem: Desafios*, (35-50).Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Ordem dos Enfermeiros - Conselho de Enfermagem (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros - Conselho de Enfermagem (2009). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Referencial do Enfermeiro. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf>

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2005). *The OECD Heath Project. Long-term Care for Older People*. OECD Publishing. Disponível em http://www.euro.centre.org/data/1216815268_61772.pdf

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. Chapter 1. Growing Sector. Multifaceted Systems. Disponível em www.oecd.org/health/longtermcare/helpwanted.

Organização Mundial da Saúde (2004). *Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Tradução e revisão Amélia Leitão Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Paiva, A. (2004). O Papel do Enfermeiro. In Neves, M.C.P.& Pacheco, S. (Coord.) *Para uma Ética de Enfermagem: Desafios*, (51-62). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Paley, J. (2001). An archaeology of caring knowledge. *Journal of Advanced Nursing*, Oct; 36(2), 188-98. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2001.01959.x/pdf>.

Paley, J. (2002). Caring as a slave morality: Nietzschean themes in nursing ethics. *Journal of Advanced Nursing*, Oct: 40 (1), 25–35. Disponível em <http://hdl.handle.net/1893/1410>.

Pasquali, L. (2009). Psicometria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43 (Esp.), 992-999. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/en_a02v43ns.pdf.

Paúl, C.(2005). A Construção de um modelo de envelhecimento humano. In Paúl, C. & Fonseca A. (Coord.). *Envelhecer em Portugal*, (21-39), Lisboa: Climpso Editores.

Portaria nº 67/2012 de 21 de Março. *Diário da República*, 58/2012, I série. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, (1324 a 1329).

Primi, R. (2003). Inteligência: avanços nos modelos teóricos e nos instrumentos de medida. *Avaliação Psicológica*, 2 (1), 67-77. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v2n1/v2n1a08.pdf>.

Primi, R. (2006). O estudo da inteligência: métodos e concepções. In Noronha, A. P. P, Santos, A. A. A. dos, & Sisto, F. F. (Orgs.) *Facetas do Fazer em Avaliação Psicológica*, (191-224). São Paulo: Vetor.

PROGRESS (2010). Measuring Progress: Indicators for care homes. *European Centre for Social Welfare Policy and Research*, Vienna, Austria. Disponível em http://www.euro.centre.org/data/progress/PROGRESS_ENGLISH.pdf.

Radwanski, M. L. (2011). Enfermagem de Reabilitação Gerontológica. In Hoeman, S.P (Coord.) *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Reabilitação e Resultados Esperados*, (695-714), 4ªed., Loures: Lusodidacta.

Reich, T. W. (1995). Classic Article: "History of the Notion of Care". Article, which appeared in the second (revised) edition of *Encyclopedia of Bioethics*, (319-331). Edited by Warren Thomas Reich. 5 Vol. New York: Simon & Schuster Macmillan, Disponível a 17.10.2013. em <http://care.georgetown.edu/Classic%20Article.html>

Renaud, I. C.R.(2010).O Cuidado em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, vol. 14 (1),1º semestre 2010, 3-8. Disponível em [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_2-8\(2\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_2-8(2).pdf).

Ricoeur, P. (1990). *Ética e Moral*. Trad. Amaral, A. e Rosa e J., Textos Clássicos LUSOSOFIA. Covilhã. Universidade da Beira Interior. Disponível a 10.08.2013 em www.lusosofia.net/textos/ricoeur_paul_etica_e_moral_rpf1990.pdf.

Riedel, M. & Kraus, M. (2011). The Organisation of Formal Long-Term Care for the Elderly. *ENEPRI Research Report*, 95, november 2011, ANCIEN. Disponível a 05.07.2013 em (<http://www.ancien-longtermcare.eu/>).

Riemen, D.J. (2013). Non Caring in Clinical Setting: Patients Descriptions in Smith, Marlaire C. ; Turkel, Marian C., & Wolf Z. R. (Ed). *Caring in Nursing Classics An Essential Resource* (293-298). New York: Springer Publishing Company, LLC.

RNCCI (2009). *Política e Estratégia da Qualidade - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Disponível em www.rncci.minsaude.pt/.../RNCCI.PoliticaEstrategiaQualidade_Mar2009..a_30-12-2013.

Robbins, D. (2008). Criteria for Care: Assessing Eligibility for Long-Term Care in Europe. *Commission for Social Care Inspection, Social Care Institute for Excellence*. Disponível em www.scie.org.uk/publications/.../files/briefing20.pdf a 24-10-2011.

Rosa, C. J. & Basto, M. L. (2009). Necessidade e Necessidades: Revisitando o seu uso em enfermagem, *Pensar Enfermagem*, Vol. 13 (1) 1º Semestre de 2009. Disponível em [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_13-23\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_13-23(1).pdf)

Rosenberg, J .P. & Yates, P.M. (2007). Schematic representation of case study research designs. *Journal of Advanced Nursing* 60(4), 447–452. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com. doi/10.1111/j.1365-2648.2007.04385>.

Sagar, P. L. (2012). *Transcultural nursing theory and models: application in nursing education, practice, and administration*. E-book. New York: Springer Publishing Company, LLC. Disponível em <http://www.springerpub.com>.

Santana, S. (2010). Reforming Long-term Care in Portugal: Dealing with the Multidimensional Character of Quality. *Social Policy & Administration*, Vol. 44, Nº. 4, August 2010, 512–528. Disponível em <http://integratedhomecare.eu. doi 10.1111/j.1467-9515.2010.00726.x>

Santos I., Covita H. & Pacheco C. (2011). Identificar necessidades de formação nos cuidados continuados integrados. *Relatório do projeto financiado pelo POAT/FSE, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa*. Disponível em <http://www.observatorio.pt/download.php?id=840>

Santos, B.S. (1995). Sociedade-Providência ou Autoritarismo Social? *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 42, Maio 1995, 1-7. Disponível em http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/pdfs/Sociedade_Providencia_ou_Autoritarismo_Social_RCCS42.PDF

SERGA (2011). *Envelhecimento demográfico. Dinâmias da população e das famílias*. Disponível em www.updigital.pt/clientes/serga/website/popup-destaque/&c=2-2

Schumacher, K. L., Jones, P. & Melleis, A. (1999). Helping Elderly in a Transition: A Framework for Research and Practice. *School of Nursing Departement Papers*, University of Pennsylvania. Disponível em <http://repository.upenn.edu/nrs/10>

Schulz, E. (2012). Determinants of institutional long-term care. ENEPRI, *Research report*, No. 115, APRIL 2012, Disponível em www.ceps.eu and the ANCIEN website <http://www.ancien-longtermcare.eu/>

Sherwood, G. D. (2013). Meta- Syntesis of Qualitative Analises of Caring: Defining a Terapeutic Model of Nursing in Smith, Marlaine C. ; Turkel, Marian C., & Wolf Z. R. (Ed). *Caring in Nursing Classics An Essential Resource* (357-370). New York. Springer Publishing Company, LLC.

Siegel, E.O., Anderson, R.A., Calkin J., Chu C.H., Corazzini K.N., Dellefield M.E. & Goodman C.(2012) Supporting and promoting personhood in long term care settings: contextual factors. *International Journal of Older People Nursing*, 7, 295–302. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23164251>doi: [10.1111/opn.12009](https://doi.org/10.1111/opn.12009).

Simoens, S [et al] (2005). Tackling Nurse Shortages in OECD Countries, OECD HEALTH WORKING PAPERS Nº.19, DELSA/ELSA/WD/HEA (2005)1.

Smith M. C. (2013) *Caring and the Discipline of Nursing*. In Smith, Marlaine C. ; Turkel, Marian C., & Wolf Z. R. (Ed.), *Caring in Nursing Classics An Essential Resource* (1-8). New York: Springer Publishing Company, LLC.

Spilsbury, K., Hewitt, C., Stirk, L., & Bowman, C. (2011). The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 48(6), 732-750. Disponível em [10.1016/j.ijnurstu.2011.02.014](http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.02.014)

Swanson, K. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. IMAGE, *Journal of Nursing Scholarship*, Vol.25, (4), Winter, 1993, pp 352-357. Disponível em 26.11.2013 www.mc.vanderbilt.edu/.../KS_Nursing%20as%20.

Swanson K. (2013a). What is Known About Caring in Nursing Science in Smith, Marlaine C. ; Turkel, Marian C. Wolf, Z. R. (Ed.), *Caring in Nursing Classics An Essential Resource* (9-102). New York. Springer Publishing Company, LLC.

Swanson, K. (2013b). Empirical Development of a Midle Range Theory of Caring. In Smith, Marlaine C. ; Turkel, Marian C., & Wolf Z. R. (Ed). *Caring in Nursing Classics An Essential Resource* (211-221). New York: Springer Publishing Company, LLC.

Stake, E. R. (2009). *A arte de investigação como estudos de caso*. 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenquian.

Streubert, H. J. & Carpenter D. R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. 2ª ed. Loures: Lusociência.

Tarricone, R. & Tsouros A. D. (2008). *The Solid Facts. Home Care in Europe. Regional Office for Europe of the World Health Organization*, Copenhagen: World Health Organization.

Thompson, B. (2004). *Exploratory and confirmatory factor analysis: Understanding concepts and applications*. Washington: American Psychological Association.

Tjadens F. & Colombo F. (2011). Long-term care: Valuing care providers. *Eurohealth*. Vol.17, 2-3, 13-16. Disponível em <http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealth>

Toldy T. (2010). Da Ética Do Cuidar Ao Universalismo Interativo. *Lição - Agregação*. Disponível em <http://hdl.handle.net/10284/3234>

Tonges, M. (2011). Translating Caring Theory Into Practice:The Carolina Care Model. *JONA*, Volume 41, Number 9, 374-381. Disponível a 10.10.2013 em www.mc.vanderbilt.edu/.../evidencebasedpractice/.../.

Touraine, A. (2005). *Um Novo Paradigma Para Compreender o Mundo de Hoje*. Lisboa: Instituto Piaget.

Trigg, L. (2011). Introduction: The demand for Long-term care for older people. *Eurohealth*. Vol.17, 2-3, pp 1-2. Disponível em <http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealth>

Turkel, M.C. (2013). Caring, Health Policy and Community. In Smith, M. C., Turkel, M. C. , & Wolf R. Z.(Ed). *Caring in Nursing Classics An Essential Resource* (423-430). New York: Springer Publishing Company, LLC.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2012). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), 1º Semestre de 2012*, Julho 2012. Disponível em http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/rev_relatorio_1_1_semestre_2012.pdf.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2013). Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). *Relatório Final. Março, 2013*. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relatorio%20Implementa%C3%A7%C3%A3o%20e%20Monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20RNCCI%20%20Mar%C3%A7o%20v3.pdf>.

Vaarama, M. [et al] (2008). *The Concept of Quality of Long-Term Care em Care-Related Quality of Life in Old Age*, cap.5, (102-124). Disponível em link.springer.com/book/10.1007/978-0-387-72169-9.

Vala J. (2003). A análise de conteúdo. In Silva A. S. & Pinto J. M. (Orgs.) *Metodologia das Ciências Sociais*. 12ª ed. Porto: Afrontamento.

Valentine, K. L. (2013). Exploration of Relationship Between Caring and Costs. In Smith, Marlaire C. ; Turkel, Marian C., & Wolf Z.R. (Ed.). *Caring in Nursing Classics An Essential Resource* (497-506). New York: Springer Publishing Company, LLC.

Vieira, M. (2009). *Ser Enfermeiro, da Compaixão à proficiência*. 2ª ed., Universidade Católica. Lisboa: Editora Unipessoal.

Watson, J. (1998). *Le Caring: Philosophie et science des soins infirmiers*. Paris: Seli Arslan.

Watson, J. (2002). *Enfermagem. Ciência Humana e Cuidar*. Camarate: Lusociência.

Watson, J. (2009). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences*. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company.

World Health Organization (2002) *Active Ageing. A Policy Framework. A contribution of the Second United Nations World Assembly on Ageing*. April, 2002. Madrid. World Health Organization

World Health Organization (2002b). *Lessons For Long-Term Care Policy- The Cross-Cluster Initiative*. WHO/NMH7CCL/02.1. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH7CCL_02.1.pdf

World Health Organization (2006). *The six domains of quality interventions Quality of care : a process for making strategic choices in health systems*, World Health Organization. Geneva, ISBN 92 4 156324 9 (NLM classification: W 84.1), ISBN: 978 92 4 156324 6.

World Health Organization (2012). *Policies and priority interventions for healthy aging*. Regional Office for Europe, Copenhagen. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/161637/WHD-Policies-and-Priority-Interventions-for-Healthy-Ageing.pdf

Yanai, H., & Ichikawa, M. (2007). *Factor analysis*. In C.R. Rao & S. Sinharay (Ed.). *Handbook of statistics 26: Psychometrics* (257-296). The Netherlands: Elsevier B. V.

Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Trad. Daniel Grassi, 2.ed., Porto Alegre: Bookman.

Zoboli, E. L. C. P. (2004). A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. *Rev Esc Enferm USP*, 38 (1), 21-27. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/03.pdf>.

ANEXOS

Anexo 1

AUTORIZAÇÕES E PARECERES DAS INSTITUIÇÕES

INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS DE CUIDAR

Anexo 3

GUIÕES DAS ENTREVISTAS

CONSENTIMENTO/DECLARAÇÃO

GRELHAS DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS